

Bioética y asistencia sanitaria

Bioethics and health care



Autores

Francisco Javier Rivas Flores

Hospital Universitario de Fuenlabrada
E-mail: frivasflores56@gmail.com

Beatriz Rivas Gayo

Hospital Universitario Infanta Sofía



Resúmen

La relación sanitaria ha cambiado en las últimas décadas. Se ha hecho más social, intervienen más personas (médicos, enfermeras, psicólogos, trabajo social, etc). Esto lleva a replantear éticamente esta relación. Se reconoce que los modelos deliberativo y narrativo pueden ayudar de manera adecuada a la resolución de conflictos éticos. Se explora el universo institucional en el que se desarrolla la relación. Se reconoce la dificultad del trabajo multidisciplinar y multiprofesional. Se valora el cambio de rol de enfermería pasado de un modelo basado en el cuidado a un modelo basado en procesos. Se propone una vía colaborativa de trabajo conjunto con el paciente y la familia.

Abstract

The relationship with health has changed in recent decades. It has become more social field and more people are involved (doctors, nurses, psychologists, social workers, etc), leading to a rethink of the relationship in terms of ethics. The fact that deliberative and narrative models can sufficiently help to solve ethical conflicts has been acknowledged. It explores the institutional universe in which the relationship develops. It recognizes the difficulty of the multidisciplinary and Multiprofessional work, as well as the role change of nursing, going from a care-based model to a process-based model. It proposes a collaborative way of working with the patient and his or her family.

Keywords

Relación sanitaria, ética deliberativa, trabajo en equipo, enfermería, medicina.

Health relationship, deliberative ethics, team work, nursing, medicine.

Fechas

Recibido: 29/6/2016. Aceptado: 5/7/2016



1. Un poco de historia y contextualización

La asistencia sanitaria es la actividad que se produce en un contexto y unas circunstancias determinadas y llevada a cabo por unos actores bien definidos.

El contexto supone aquella situación en la que un ser humano (enfermo), o bien otra persona, siente que su organismo no funciona adecuadamente, se han producido cambios en sus funciones. Puede suceder de manera aguda, con muy poco tiempo de evolución, por un accidente o instaurarse paulatinamente; estos cambios que se producen

A lo largo de la historia han cambiado los medios para llevar a cabo la relación sanitaria, pero la pregunta y la demanda de los enfermos sigue siendo la misma: “quiero que me resuelva mi problema”, “quiero que me cure”.

en el organismo pueden tener distintas consecuencias para la persona: puede ser una cuestión banal o de escasa entidad que cede en poco tiempo o puede poner en peligro la vida de manera más o menos inmediata, o ser una condición crónica de larga evolución. Desde el punto de vista vivencial puede suponer un revulsivo y un cambio en la vida de la persona, que le obliga a replantearse su futuro, tanto en lo personal como en el ámbito familiar o laboral que, como expresa Unamuno, “la enfermedad puede acomodarse a nuestro organismo, para tal vez enriquecerlo” (Unamuno, 1982).

Las circunstancias son el ámbito en el que se produce la relación, principalmente centros sanitarios, hospitales y centros de salud y consultorios, pero también en el domicilio del paciente y, de manera excepcional y en situaciones de urgencia, en espacios abiertos. Y aunque la finalidad de la relación es la misma puede expresarse de formas diferentes por parte de los distintos actores.

Los actores son los que llevan a cabo la relación, el enfermo en primer lugar, los sanitarios, (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, técnicos sanitarios, psicólogos, trabajadores sociales, etc.) que tienen la misión de curar, cuidar y acompañar en el camino de la enfermedad al paciente como expresión de su compromiso social.

A lo largo de la historia han cambiado los medios para llevar a cabo esta relación, pero la pregunta y la demanda de los enfermos sigue siendo la misma: “quiero que me resuelva mi problema”, “quiero que me cure”, lo que Laín Entralgo denominaba el problema fundamental del hombre (Laín Entralgo, 2003).

El camino de las profesiones sanitarias ha sido dar respuesta cabal a estas preguntas y su empeño ha sido luchar contra la enfermedad, curar, para ello ha ido desarrollando procedimientos y técnicas y descubriendo fármacos que pudieran cumplir con este objetivo. Pero las preguntas de los enfermos no se quedan sólo en la curación sino que tiene un corolario “y esto ¿cómo va a evolucionar?, ¿qué va a ser de mi vida? ¿me puedo morir?, O ¿cómo voy a vivir a partir de ahora?”. Preguntas que tienen que ver con algo tan importante como el impacto que va a tener la enfermedad en la persona, el impacto emocional y vivencial de la misma y que en el medio sanitario se traduce en el pronóstico de la enfermedad. Porque la enfermedad trastoca, de alguna manera, su proyecto vital y precisa que en este proceso haya espacio para poder expresar los sentimientos que le provoca la enfermedad. Cuando se buscan estos aspectos relacionales en refe-



rentes históricos nos encontramos que hay poca expresividad, porque ha predominado el sentido más curativo y técnico de la medicina. Podemos encontrar algunos referentes que ayudan a entender el sentido de asistencia¹, la necesidad de acompañamiento que tiene la persona enferma, y esto se manifiesta a través del diálogo y de un sentido de amistad que es el propuesto por Laín². Algunos referentes: Séneca en su libro *De Beneficis*, citado por Laín (Laín Entralgo, 2003), Platón en *Las Leyes*, recoge distintas maneras de tratar a los enfermos según se tratara de libres o esclavos³ (Liszczynski & Flores Cárdenas, 2008), T. Sydenham recoge también estos aspectos⁴ (Sydenham & Latham, 1850).

La relación interpersonal constituye la base ética de la relación sanitaria, en la que se ponen en juego los valores de cada una de las partes, y distintas maneras de entender la situación.

Pero realmente cuando entra en consideración la biografía del enfermo y su vivencia de la enfermedad es a partir de los trabajos de Freud (Laín Entralgo, 1998), puesto que la enfermedad se hace biografía. No solo entra en consideración este aspecto biográfico sino que a adquiriendo con más fuerza la importancia del reconocimiento del dominio del propio cuerpo que tiene que tener cada persona, siendo básico para ello la información y que se traduce en otorgar el consentimiento ante cualquier acto médico (Lázaro & Gracia, 2006). Siendo también consecuencia de

la evolución de la sociedad con el asentamiento de la democracia, que exige la participación y, por tanto, la responsabilidad de los sujetos.

Este devenir trastoca el mundo sanitario y no cabe una estructura jerárquica de ordenar y obedecer sino que se transforma en un mundo más horizontal en el que las personas se relacionan con personas adultas, es decir se ha pasado de considerar al enfermo como un infante sin criterio a un adulto informado y responsable de su salud, “y se ha desplazado de una posición pasiva y paciente a una posición más activa o agente” (Seoane Rodríguez, 2008). Se genera un nuevo modo de relación, relación interpersonal que constituye la base ética de la relación sanitaria, en la que se ponen en juego los valores de cada una de las partes, y distintas maneras de entender la situación, así el médico habla de enfermedad como concepto y el paciente vive la enfermedad (Davis, 2010); en la que la responsabilidad lleva a establecer un proceso cimentado en el diálogo como base de la información, diálogo que presenta varias dimensiones (Seoane Rodríguez, 2008).

Podemos ilustrar el cambio que se ha producido en la relación sanitaria con lo expresado por el Dr. Broggi:

-
- 1 Asistencia viene de *Adsistere*, estar al lado, acompañar.
 - 2 Laín Entralgo, propone la amistad médica como manera de relacionarse, amistad basada en hacer lo mejor por la otra persona pero basado en los valores de la otra persona. (Laín op. cit)
 - 3 Con los hombres libres se dialogaba para hacerles entender el proceso en tanto que a los esclavos se les imponía el tratamiento. En concreto relata: El médico... “se empeña en explorar desde el fondo de su naturaleza”, “instruye al enfermo mismo y no toma sus disposiciones hasta no hacerle aceptar hasta cierto grado su punto de vista”. Relata la anécdota de Aristóteles quien estando enfermo pidió al médico que le prescribió una terapia: «dime las razones de tu hacer, y si me convenzo las seguiré»
 - 4 Sydenham lo expresa así: “El médico... debe tender su mano a los que sufren con el mayor cuidado... el espíritu más bondadoso y el mayor sentimiento de camaradería”.



Se ha generado una tensión entre el curar y el cuidar, lo que ha llevado a modificar los fines de la medicina.

[...] antes cuando un paciente entraba en el despacho de consulta y abría la puerta se le decía: *«cuidado, está usted entrando en un mundo nuevo que desconoce que tendrá que aceptar tal como es. Tenemos unas prácticas, unas relaciones de autoridad y sumisión, unos protocolos, un lenguaje... y deberá familiarizarse con ellos. Ahora siéntese, explíqueme que le pasa y le diré que haremos...»* era un plural mayestático porque se decidía sin participación del paciente. [...] Ahora cuando un paciente entra en el despacho de consulta y abre la puerta, es él quien nos dice: *«Cuidado, está entrando en su despacho (o en su hospital o en su quirófano) un mundo nuevo que usted desconoce y que tendrá que aceptar. Es un mundo de valores personales, de preferencias, de expectativas que conviene que conozca y respete. Ahora al sentarme, le explicaré en qué espero que pueda ayudarme usted»* (Broggi, 2003)

Otro cambio que llevará a modificar la manera de relacionarse tiene que ver con los avances en la *medicina personalizada*, es decir, trabajar con la singularidad de cada paciente en el ámbito biológico pero también en el relacional (Sánchez-Caro & Abellán, 2013). Es más, estamos entrando en una era de lo que podríamos llamar la medicina "homótica"⁵: es posible, a través de sensores introducidos en el cuerpo saber cómo está nuestra tensión arterial, nuestra glucemia, frecuencia cardíaca u otros parámetros de funcionamiento corporal y, a distancia, dar las instrucciones para poder corregirlo, de ahí que el dominio sobre el cuerpo puede quedar en manos ajenas, se puede producir una expropiación del propio cuerpo y de la salud⁶, de manera que podría trastocar la relación sanitaria hacia una labor meramente técnica, como gráfica y dramáticamente describe el Dr. Trallero (Trallero Lindo, 2016), podemos quedar en manos de funcionarios de salud que se limiten a cumplir los deseos de los pacientes⁷.

Como se está viendo asistimos a un cambio en la relación asistencial. Se ha generado una tensión entre el curar y el cuidar, lo que ha llevado a modificar los fines de la medicina, pasando del objetivo de curar a los siguientes: la prevención de enfermedades y lesiones y la promoción y la conservación de la salud; el alivio del dolor y el sufrimiento causados por males; la atención y la curación de los enfermos y los cuidados a los incurables; la evitación de la muerte prematura y la búsqueda de una muerte tranquila (Callahan, 2004).

-
- 5 Haciendo un parangón con la Domótica, que es capaz de controlar determinadas acciones en nuestros hogares a distancia gracias a sensores que informan en cada momento de los cambios, así se controla la temperatura de la casa, la luz, etc. sin intervención de la persona
- 6 Recogido por Juan Gervas en: <http://equipocesca.org/wp-content/uploads/2015/03/expropiación-2-entrevista.pdf>. Acceso 24/06/2016, en alusión a los planteamientos de I. Illich en su libro *Némesis Médica*
- 7 "Y un día, cuando ya no podía más, al entrar en su habitación el funcionario de salud, le dijo que por qué nunca la miraba a los ojos, que por qué no le cogía la mano, que por qué no le preguntaba acerca de su ser profundo, abrumado porque la vida se le iba. El funcionario, joven, se la quedó mirando sin comprender. Estaba haciéndolo todo correctamente según le habían enseñado, no había descuidado ni una norma. No entendía la demanda. Y le preguntó si era su deseo que la sedaran, no tenía más que decirlo, tenía derecho y él estaba obligado a respetarlo. Y ella le dijo **si es que no tenía alma**, ni sentimientos, que necesitaba al lado una persona que la comprendiera, que la acompañara, que la ayudara a decidir, que necesitaba **un médico!!!!** Y el joven, tras poner cara de sorpresa, contestó: *¿un médico? Ciudadana, eso ya no existe, era otra época, ahora usted decide y nosotros cumplimos sus deseos. Es la ley. ¿Qué más quiere?*"



El poder lograr controlar algunas enfermedades, pero sin curación en este momento, ha incrementado el número de enfermos crónicos, con polipatologías que han hecho virar el mundo de la relación asistencial a un modelo más basado en cuidados, y es en el mundo de los cuidados donde la relación interpersonal cobra más importancia, porque como decía un antiguo anuncio de colonia, “*en la distancia corta, nos jugamos todo*”.

2. Ética de la relación asistencial

Cuando se analiza la ética que debe guiar esta relación asistencial no se puede olvidar, por el peso específico que tiene, el espacio en el que tiene lugar y los ambientes o los

La relación sanitaria desarrolla en un entorno en el que no solo interviene un médico sino que interviene todo un equipo con distintas especialidades y roles, en un espacio que ya no es el consultorio sino el centro hospitalario, y que viene regido por unas normas y leyes que son externas a la propia relación pero que enmarca la misma.

universos (cosmos) en los que se desarrolla (Busquets, Román, & Terribas, 2012), (Rivas Flores, 2015). La relación sanitaria ya no tiene lugar en una isla desierta como señalaba el médico del mariscal Bismarck (Lázaro & Gracia, 2006), sino que desarrolla en un entorno en el que no solo interviene un médico sino que interviene todo un equipo con distintas especialidades y roles, en un espacio que ya no es el consultorio sino el centro hospitalario, y que viene regido por unas normas y leyes que son externas a la propia relación pero que enmarca la misma. Esto lleva a reconocer el *microcosmos* de relación, el más personal, el más íntimo de la relación directa sanitario paciente, incluyendo a la familia; este microcosmos viene incardinado en un universo asistencial más amplio, más impersonal, que aporta sus propias reglas y normas, el conocido como *mesocosmos*, el mundo de las instituciones, regido por protocolos, guías de práctica clínica, estatutos, convenios laborales, etc; y por último el espacio más universal que rige la actividad sanitaria a nivel político y orga-

nizativo, el *macrocosmos*, que establece las leyes que rigen la actividad sanitaria, en nuestro caso tanto a nivel nacional como autonómico.

2.1. Ética en el microcosmos

Como se ha dicho anteriormente la relación sanitaria es una relación interpersonal y esta relación es ética o no es relación.

Es el encuentro interpersonal entre adultos el que debe marcar los ejes de la relación, pero sin olvidar que la relación asistencial es una relación instrumental, su valor está en que es un medio para conseguir un fin, que es la salud o tener un cuidado que asegure que la calidad de vida de la persona tenga unos niveles aceptables. Por tanto, los sanitarios no deben actuar por otros motivos que no sean éstos. Motivos que no quedan limitados sólo al ámbito clínico asistencial sino que impregna las otras actividades que configuran el ser sanitario, la investigación y la docencia/enseñanza. En cada situación concreta los profesionales podrán tener un papel más relevante en uno u otro campo, por lo que la investigación (imperativo ético si se quiere progresar en el conocimiento



de la enfermedad y de los remedios a la misma), debe guiarse por este mismo principio, el considerar que toda actuación debe repercutir, de manera beneficiosa en los enfermos o en la sociedad.

Todo ello sin perder de vista que la quintaesencia de esta relación está en la confianza, el enfermo de confiar en otro, el sanitario, quien debe ser fiel a esta confianza (Pellegrino, 2012).

La toma de decisiones es el momento instrumental *princeps* de esta relación. En este tipo de relación se plantean tres cuestiones, como ya se vio: ¿qué tiene el paciente? (diagnóstico); ¿cómo se le puede atender? (tratamiento) y ¿qué va a pasar a partir de ahora? (pronóstico). Estos tres elementos configuran el modo de actuar del sanitario, cualquiera que sea su disciplina. Desde el punto de vista ético exige tres cualidades a

los sanitarios –conocimiento, pericia y prudencia– como camino para alcanzar la excelencia en la relación (Rivas Flores, 2015). Estas cualidades deben ser cultivadas y estimuladas para no perder el horizonte de la relación.

Desde el punto de vista ético, la relación sanitaria exige tres cualidades a los sanitarios –conocimiento, pericia y prudencia– como camino para alcanzar la excelencia.

A pesar de que esta relación tiene una función instrumental no se puede olvidar el aspecto relacional de la misma. Es decir las cualidades anteriores se quedan cojas si no se cultiva la relación interpersonal. En esta relación interpersonal las preguntas fundamentales y que cimentan la relación son, por parte del sanitario “¿quién es el enfermo para mí?” y, por parte del paciente “¿quién es el sanitario para mí?”. Responder sinceramente a estas

preguntas permite situarse éticamente ante el paciente y ante el sanitario. ¿Veo en el enfermo el caso biológico que me supone un reto a mi inteligencia? O bien ¿veo en el enfermo o un ser que sufre una enfermedad pero que le repercute en su vida de manera importante? En función de cómo se responda tendremos el distinto tipo de sanitario, el más técnico, el que da valor al elemento personal, etc.⁸; por parte del paciente el informado y que reclama ser parte del proceso, el sumiso, el que todavía no se ha adaptado al proceso, (en esto se basan los estadios de Kübler-Ross (Kübler-Ross, 1992), aunque referidos a la fase final de la vida, que ayudan a la relación al atender a los distintos momentos de su proceso evolutivo).

La ética a este nivel supone tener en cuenta a todos los implicados en la toma de decisiones, tener en cuenta sus valores que, como bien expresa R. Belda, los valores “son el telón de fondo de la toma de decisiones” (Belda Moreno, 2015), sus creencias, etc. pero habida cuenta de lo personales que son estos elementos, son pocas las posibilidades de coincidencia en el trabajo conjunto, esto supone que a la hora de tomar decisiones se pueden ver menoscabados valores de algunas de las partes si solo se tienen en cuenta la del elemento tradicionalmente más potente, el médico. Esto ha sucedido a lo largo de la historia de la medicina en lo que se conoce como *paternalismo*, pero en las sociedades democráticas la voz de las personas tiene un valor básico y su expresión,

8 Modelos de este tipo de respuesta se pueden ver en: http://www.msal.gob.ar/inc/images/stories/downloads/publicaciones/equi-po_medico/modelos_de_relacion_medico_paciente.pdf, acceso 24/06/2016



en forma de manifestar sus valores, tiene que guiar también la toma de decisiones. En no pocos casos esta confrontación de valores genera conflicto entre los interlocutores y puede ser necesario recurrir a otras instancias como los Comités de Ética Asistencial que forman parte del mesocosmos.

2.2. Ética en el mesocosmos

Como se ha comentado constituye el espacio en el que se desarrolla la relación sanitaria y aquí cobran importancia los agentes sanitarios que pueden estar implicados y su espacio de actividad. Porque no se puede olvidar que, aunque la finalidad del acto clínico es la misma independientemente de su espacio, en cada uno de ellos puede expresarse de una manera diferente. En este sentido se va a exponer algunas diferencias en función del espacio.

El acercamiento de los pacientes al mundo sanitario debe iniciarse en Atención Primaria, dado que conceptual y prácticamente es el espacio que garantiza la continuidad asistencial, el conocimiento del paciente a lo largo de su biografía y de su entorno. En este ambiente de relación más cotidiana el profesional sanitario se convierte en el confidente necesario por lo que tiene una gran responsabilidad en el acompañamiento del paciente en su proceso de enfermedad, queda encargado del paciente como nos recuerda P. Ricoeur (Domingo Moratalla, 2007). Este contacto mantenido y que se acompaña de las circunstancias del paciente, pone al médico en el marco de la genuina relación sanitaria, como lo expresa, principalmente, Laín Entralgo (Laín Entralgo, 1984). En este ámbito el acompañamiento es la actitud clave, de manera que puede permitir decir al pa-

Aunque la finalidad del acto clínico es la misma independiente de su espacio, en cada uno de ellos puede expresarse de una manera diferente.

ciente: *"vamos a hacer juntos un camino, yo como médico conozco las rutas y los caminos, te puedo ayudar con mis conocimientos a desbrozar el camino, pero no puedo hacer el camino por ti"*. En este ambiente el profesional tiene un papel mayor para defender al paciente de las injusticias sanitarias y la falta de equidad en el acceso a la sanidad.

Otro espacio en el que la toma de decisiones puede ser conflictiva desde el punto de vista ético, es en urgencias donde hay menos tiempo para tomar decisiones presentando mayor grado de incertidumbre y con pocas posibilidades de realizar todas las pruebas precisas para el conocimiento cabal de lo que le pasa al paciente, además las decisiones tienen la trascendencia de si se ingresa al paciente, de las medidas a adoptar para evitar secuelas, etc., es un espacio donde se pueden tomar decisiones sólo por el bien (recuperación de salud) de una persona, fundamentalmente cuando hay incertidumbre sobre los resultados (Rivas Flores, 2015). Tiene por tanto un gran componente utilitarista (Misselbrook, 2015).

Hay otro ámbito de relación que tiene sus connotaciones particulares y en el que conviene detenerse por lo que supone en la relación asistencial, y es el mundo de la pediatría. Este ámbito se caracteriza por que el sujeto de las decisiones es un menor que legalmente está incapacitado para tomar decisiones por lo menos hasta los 16



años (por lo menos en nuestro país, según la última instrucción de la Fiscalía General para los menores (Jefatura del Estado, 2015)) aunque se reconoce la figura del menor maduro, como aquel que presenta las condiciones psíquicas suficientes para ser considerado como capaz para tomar decisiones (Bermejo Fernández & Sanjuanbenito Aguirre, 2008), (Reyes López, Sánchez Jacob, & Montalvo Jääskeläinen, 2010). Este tipo de relación, triádica al estar implicados tanto los pacientes (menores), los padres y el equipo sanitario es extremadamente compleja, puesto que precisa que se configure una alianza natural entre los padres y los sanitarios dado que ambos buscan el mejor bien del paciente (Lantos, 2015), siendo por tanto el principio de beneficencia el que prima. Los conflictos pueden surgir al no coincidir lo que los diferentes actores entienden por el bien, es más se puede complicar si los padres están separados.

El método deliberativo supone buscar caminos con aportaciones de todos los implicados para resolver los problemas éticos (que no dilemas) que surgen a partir de la toma de decisiones.

Finalmente, el ámbito hospitalario, donde tradicionalmente se han centrado las cuestiones éticas puesto que las situaciones que se presentan pueden exigir una reflexión conjunta porque las decisiones que se tomen tienen que ver con la vida, la calidad de vida, los daños que se puedan infringir, tiene que ver con retirada de medidas de soporte vital, con resolución de gestaciones en las que puede haber inviabilidad del feto, aplicación de distintos procedimientos o técnicas, trasplantes, etc. Se entiende que los

conflictos más habituales tienen que ver con el binomio autonomía/beneficencia. Para ayudar a dilucidar en estos temas nacen los Comités de Ética (Hernando Robles & Couceiro Vidal, 2010), que posteriormente se abrieron también para la Atención Primaria.

Estos comités tienen una metodología propia que tiene su base en la deliberación (Couceiro, 1999), (Hernando Robles & Couceiro Vidal, 2010). El método deliberativo fue planteado por Aristóteles (Júdez & Gracia, 2001) y constituye uno de los cuatro modelos de relación médico-paciente propuestos por Emanuel (los otros tres son el paternalista, el informativo y el interpretativo) (Emanuel & Emanuel, 1999)

¿Por qué el método deliberativo? Porque supone buscar caminos con aportaciones de todos los implicados para resolver los problemas éticos (que no dilemas) que surgen a partir de la toma de decisiones. Pretende preservar todos los valores implicados o por lo menos que se lesionen lo menos posible. La propuesta de solución pasa por elegir cursos de acción. Cuando el planteamiento es dilemático (dos opciones opuestas), se elige entre dos cursos de acción, por lo general hacer o no hacer. Pero como se ha comentado el planteamiento en la toma de decisiones sanitarias es problemático, consta de varios componentes que lleva a plantear cursos de acción intermedios. Para llegar a una propuesta de solución se deben analizar los hechos, los valores y los deberes, de esta manera y una vez que hayan participado todos, se alcanza un curso "prudente" de acción en el que se han tenido en cuenta los pros y contras de cada opción.

¿Qué caminos podemos utilizar para llegar a estos cursos de acción? Son varios los enfoques con los que se cuenta para el análisis ético de los problemas asistenciales.

El más tradicional, desde la perspectiva bioética, es el método *Principialista* que nace al mismo tiempo que la Bioética, al estar enunciado en el conocido como Informe Bel-



mont. Ese método (Beauchamp & Childress, 2001), se basa en el análisis de cuatro principios que deben respetarse en la relación, beneficencia, entendida como la finalidad de hacer el bien en la actuación sanitaria; no maleficencia, considerado como el primer principio históricamente hablando, que obliga a no perjudicar con las acciones sanitarias; justicia, que obliga a tratar a todas las personas con la misma consideración y, en caso de alguna desigualdad, favorecer a los más necesitados; y autonomía que obliga a tratar a todas las personas como interlocutor válido y capacitado porque tiene la misma capacidad de decidir puesto que habla desde los valores, pero para ello necesita información suficiente y de calidad.

Para llegar a una propuesta de solución se deben analizar los hechos, los valores y los deberes y, de esta manera, se alcanza un curso “prudente” de acción en el que se han tenido en cuenta los pros y contras de cada opción.

Otro método más clínico es el *Casuista* propuesto por Jonsen (Jonsen, Siegler, & Winslade, 2005), más cercano al mundo clínico, que consta del análisis de cuatro elementos, las indicaciones clínicas, las preferencias de los pacientes, los factores socioeconómicos y las cuestiones relativas a la calidad de vida, todo ello para llegar a una decisión contingente, concreta y válida para el caso. Estos autores ponen más énfasis en las consecuencias.

Pero dado que la enfermedad es vivencia, historia que se narra al sanitario es razonable utilizar este elemento *narrativo*, propuesto en nuestro país por Lydia Feito y Tomás Domingo (Domingo Moratalla & Feito Grande, 2013) y que surge ante la falta de respuesta de la bioética ante la exclusión de los sentimientos y las emociones. Este enfoque se basa en la comprensión de la vida individual como narración, y que debe ser analizado con la herramienta propia del análisis narrativo. Supone ampliar y mejorar el conocimiento de los problemas éticos y situar al sujeto en un plano genuinamente comunicativo.

Hay otros métodos que pueden ayudar en una toma de decisiones de carácter ético, pero los expuestos son los más utilizados en nuestro medio. Lo importante es estar familiarizado con cualquiera para poder aplicarlo coherentemente.

3. Trabajo en equipo con bases éticas

Como se ha dicho anteriormente, este mesocosmos no solo constituye un ambiente espacial, sino que es un ambiente relacional profesional en el que pueden surgir conflictos por presentar los distintos colectivos intereses legítimos diferentes. Así la manera de ver la relación de los profesionales médicos no es la misma que la de los profesionales de enfermería, y dentro de los médicos no es la misma entre las distintas especialidades, como bien recoge la Dra. Miranda (Bermejo Fernández & Sanjuanbenito Aguirre, 2008), pero que en definitiva deben ponerse en común para llevar a cabo un trabajo conjunto para satisfacer las necesidades de los pacientes. Entre otras cuestiones, porque ante las decisiones adoptadas a pie de cama como puede ser la decisión de limitación de medidas o la retirada de medidas, quien debe llevar de manera fáctica, efectiva, esta acción es la enfermería, por lo que el consenso y la comunicación deben ser elementos imprescindibles para evitar conflictos en el equipo y de cara al compromiso con el propio paciente (Neville et al., 2015).



Las distintas profesiones sanitarias tienen roles diferentes pero comparten las mismas cualidades que deben poner al servicio del paciente, la virtud en su actuación, entendida en el sentido aristotélico, la preocupación por el otro reconocida como alteridad y la compasión (Fuks, Brawer, & Boudreau, 2012). Los principios reconocidos de actuación de los sanitarios son dignidad, autenticidad, integridad, transparencia, solidaridad, generosidad y resiliencia (Ventres, 2016).

Los principios reconocidos de actuación de los sanitarios son dignidad, autenticidad, integridad, transparencia, solidaridad, generosidad y resiliencia.

En relación con la enfermería se puede reconocer un cambio de rol que se ha producido como consecuencia de la propia evolución de la atención sanitaria. Cambio que, lógicamente, tendrá su repercusión en la relación asistencial.

El papel de la enfermería en la relación asistencial ha estado volcada hacia el cuidado, haciendo de esta actividad su santo y seña profesional desde los tiempos de F. Nittinghale. Las cualidades que ha desarrollado la enfermería en la relación asistencial tienen más que ver con el papel de una madre, de manera que algunos autores hablan de un maternalismo (Bermejo Fernández & Sanjuanbenito Aguirre, 2008), (Barrio, Molina, Sánchez, & Ayudarte, 2006) como representativo de una determinada manera de actuar en la protección de los intereses de los pacientes. Pellegrino (Pellegrino, 1985) hace un detallado análisis de lo que significa cuidado y, por tanto, lo que implica en la actividad asistencial de la enfermería, distinguiendo cuatro sentidos en el término cuidado:

- a) Compasión, en el sentido de ver en el paciente a un ser humano y por tanto sus experiencias afectan a la persona que presta el cuidado.
- b) Hacer por otros lo que ellos no pueden hacer por sí mismos.
- c) Hacerse cargo del problema de la persona, invitándole a transferir su responsabilidad y ansiedad al respecto.
- d) Convertir a alguien en la finalidad principal y el centro de la acción y poner la atención y los remedios precisos para lograr su bien.

Un análisis pormenorizado del trabajo de enfermería descubre notables diferencias en relación con el trabajo médico, lo que puede suponer un obstáculo para tal relación.

Por un lado, médicos y enfermería trabajan en mundos de contrastes tanto a nivel de vivencia como a nivel de la lógica que lo sustenta. Estas diferencias se expresan en seis dimensiones (Aroskar, 1985):

- 1) Sentido del tiempo: el tiempo para el médico no es considerado en horas sino en relación con el curso de la enfermedad, en cuanto que evoluciona hacia la curación, se cronifica o fallece. La enfermería tiene un concepto más marcado del tiempo como horario, muy esquematizado. Esto supone que los médicos difícilmente entienden que una orden de aplicación inmediata supone una rotura del esquema de trabajo.



- 2) La enfermería tiene una 'visión de escasez' de recursos, en cuanto a la limitación y dificultad de obtenerlos, de manera que se tiene una tendencia a eliminar aquellas tareas que parecen innecesarias. Por lo que en ocasiones está entre medias de las órdenes escritas y las que puede ejecutar. En tanto que la medicina tiene una 'visión de abundancia' de los recursos hospitalarios, lo que se traduce en que las órdenes médicas difícilmente tienen en cuenta las condiciones anteriormente expuestas.
- 3) Los médicos utilizan una unidad de análisis que se puede considerar 'global', organizando todos los datos alrededor del paciente individual en tanto que enfermería utiliza una unidad de análisis particular con un mayor énfasis en cumplir un esquema de trabajo que en la totalidad de los problemas y progreso del paciente.
- 4) La asignación de trabajos difiere entre ambos colectivos puesto que en tanto a los médicos se les asignan pacientes, la enfermería presenta una asignación 'geográfica', con una menor continuidad en la asistencia, en muchos sentidos, lo que puede impedir a la enfermería desarrollar una relación terapéutica propia con los pacientes.
- 5) Cuestiones relativas a la remuneración dentro del sistema. Depende del sistema sanitario. En el sistema privado, con médicos que cobran por acto médico la enfermería suele tener un salario por su actividad total.
- 6) La medicina tiene un fuerte sentido de magisterio, derivado de la estructura integrada de su trabajo, tal como responsabilidad y trabajo organizado alrededor del paciente, lo que añade un sentido de relación entre el trabajo y la condición del paciente. La enfermería, sin embargo tiene un sentido más débil del magisterio de su trabajo, que nace de la propia burocracia hospitalaria, su visión particular del trabajo, su movilidad dentro de la institución. Esto contribuye a una sensación de menos poder dentro del sistema.

Médicos y enfermería trabajan en mundos de contrastes tanto a nivel de vivencia como a nivel de la lógica que lo sustenta.

Sin embargo en este momento el trabajo de enfermería se ha hecho más procedimental, empieza a asumir procedimientos que anteriormente estaban solo en manos de los médicos, en un proceso que se ha definido como de medicalización de la enfermería (Gibbons & Jeschke, 2016), (Páez, Del Vigo, & Serrano, 2012). ¿Qué consecuencias puede tener este nuevo escenario? Pues en primer lugar fomentar una ética que mantenga el núcleo de la ética enfermera, en segundo lugar "mantener la integridad,

la fuerza y el carácter para cabalgar sobre las olas del cambio" (Gibbons & Jeschke, 2016).

Conviene no olvidar que el compromiso de la enfermería convierte a este colectivo en baluarte del paciente, que de manera leal e incondicional le ayuda a tomar decisiones desde una responsabilidad compartida con otros profesionales (Barrio et al., 2006).

En esta labor multidisciplinar y de equipo es preciso reconocer que todos los profesionales implicados (médicos, enfermería, trabajo social, etc.) realizan una promesa implícita de ofrecer en cada momento lo que puede ayudar al enfermo (Pellegrino, 2012).



Por ello el acercamiento ético personal, desde cada disciplina debería ser lo que se ha calificado de microética o “una visión desde dentro”, ya que esta visión es única para cada caso, aparece en un momento determinado y se crea en el espacio relacional entre los participantes (Truog et al., 2015), esto representa, entre otras cuestiones, el manejo de la información que se debe dar a los pacientes.

Es preciso reconocer que todos los profesionales implicados (médicos, enfermería, trabajo social, etc.) realizan una promesa implícita de ofrecer en cada momento lo que puede ayudar al enfermo.

Las ventajas de una labor en equipo están en la mejora de la propia relación tanto para los profesionales como para los pacientes que presentan una mejor adherencia a los tratamientos lo que repercute positivamente en su salud.

Pero el trabajo en equipo no es fácil y, en bastantes ocasiones, puede estar abocado al fracaso porque cada profesional busca defender su propio espacio (Galán González-Serna, 2013). Como este autor indica es preciso un cambio de paradigma puesto que supone un ejercicio de buscar los elementos comunes de las profesiones en determinados valores, códigos de conducta y formas de trabajar y esto exige dilucidar conjuntamente para

comprender lo que se conoce como “Profesionalismo de integridad colaborativa” que supone “aplicar sabiamente los principios del altruismo, la excelencia, el cuidado, la ética, el respeto, la comunicación y la responsabilidad a fin de lograr un nivel óptimo de salud y bienestar de los individuos y la comunidad”.

En conclusión, los sanitarios debemos encontrar en el trabajo en equipo los elementos comunes para compartirlos de manera que redunde en una asistencia de calidad teniendo en cuenta los valores de los pacientes.

Bibliografía

- Aroskar, M. (1985). Ethical Relationships between Nurses and Physicians: Goals and Realities – A Nurse Perspective. En A. Bishop & J. Scudder (Eds.), *Caring, curing, coping: nurse, physicians, patient relationships*. Alabama: Univerty Alabama Press , 44-61.
- Barrio, I. M., Molina, A., Sánchez, C. M., & Ayudarte, M. L. (2006). Ética de enfermería y nuevos retos. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 29 Suppl 3, 41-47.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2001). *Principles of biomedical ethics*. New York, N.Y.: Oxford University Press.
- Belda Moreno, R. M. (2015). *Tomar decisiones: Del proceso interior a la práctica ética*. Madrid: PPC.
- Bermejo Fernández, F., & Sanjuanbenito Aguirre, L. (2008). *Ética y atención primaria: la soledad ética del médico de primaria*. Madrid: Agencia Laín Entralgo.
- Broggi, M. (2003). Gestión de los valores «ocultos» en la relación clínica. *Med Clin (Barc)*, 121 (18) 705-9.
- Busquets, E., Román, B., & Terribas, N. (2012). Bioethics in Mediterranean culture: the Spanish experience. *Medicine, Health Care, and Philosophy*, 15 (4) 437-451.
- Callahan, D. (2004). Los fines de la medicina. *Cuadernos de la Fundació Víctor Grifols i Lucas*, (11).



- Couceiro, A. (1999). Los comités de ética asistencial: origen, composición y método de trabajo. *Bioética para clínicos*, 269-281.
- Davis, D. S. (2010). The ambiguous effects of tort law on bioethics: the case of doctor-patient communication. *The Journal of Clinical Ethics*, 21 (3) 264-271.
- Domingo Moratalla, T. (2007). Bioética y hermenéutica: La aportación de Paul Ricoeur a la bioética. *Veritas: revista de filosofía y teología*, (17) 281-312.
- Domingo Moratalla, T., & Feito Grande, L. (2013). *Bioética narrativa*. Madrid: Escolar y Mayo.
- Emanuel, E., & Emanuel, L. (1999). Cuatro modelos de la relación médico-paciente. En *Bioética para clínicos*. Madrid: Triacastela, 109-126.
- Fuks, A., Brawer, J., & Boudreau, J. D. (2012). The foundation of physicianship. *Perspectives in Biology and Medicine*, 55 (1) 114-126.
- Galán González-Serna, J. M. (2013). Valores éticos interprofesionales compartidos para una asistencia integral. *Cuadernos de bioética*, 24 (82) 377-389.
- Gibbons, S. W., & Jeschke, E. A. (2016). Nursing Ethics: A Lifelong Commitment. *Annual Review of Nursing Research*, 34, 1-14.
- Hernando Robles, P., & Couceiro Vidal, A. (2010). Los Comités de Ética para la Asistencia Sanitaria y los Consultores de Ética. En M. de los Reyes López & M. Sánchez Jacob (Eds.), *Bioética y Pediatría: Proyectos de vida plena*. Madrid: Sociedad de Pediatría de Madrid y Castilla la Mancha, 99-105.
- Jefatura del Estado. Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia., Ley 64544-64613 (2015). Recuperado a partir de <https://www.boe.es/boe/dias/2015/07/29/pdfs/BOE-A-2015-8470.pdf>
- Jonsen, A., Siegler, M., & Winslade, W. (2005). *Ética clínica: aproximación práctica a la toma de decisiones éticas en la medicina clínica*. Barcelona: Ariel - Fundació Víctor Grífols i Lucas.
- Júdez, J., & Gracia, D. (2001). La deliberación moral: el método de la ética clínica. *Medicina Clínica*, 117 (1) 18-23.
- Kübler-Ross, E. (1992). *On death and dying*. London: Routledge.
- Laín Entralgo, P. (1984). El acto médico y sus horizontes. En *Antropología médica para clínicos*. Madrid: Salvat, 343.
- Laín Entralgo, P. (1998). *La historia clínica: historia y teoría del relato patográfico*. Madrid: Triacastela.
- Laín Entralgo, P. (2003). *El médico y el enfermo*. Madrid: Triacastela.
- Lantos, J. (2015). The patient-parent-pediatrician relationship: Everyday ethics in the office. *Pediatrics in Review*, 36 (1) 22-30.
- Lázaro, J., & Gracia, D. (2006). La relación médico-enfermo a través de la historia. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 29, 7-17.
- Liszczynski, J. C., & Flores Cárdenas, A. (2008). La relación médico paciente, crisis y aprendizaje. Recuperado a partir de <http://www.fmed.uba.ar/depto/saludmental/jornada/9b.pdf>.
- Misselbrook, D. (2015). Virtue ethics – an old answer to a new dilemma? Part 1. Problems with contemporary medical ethics. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 108 (2) 53-56.



- Neville, T. H., Wiley, J. F., Yamamoto, M. C., Flitcraft, M., Anderson, B., Curtis, J. R., & Wenger, N. S. (2015). Concordance of Nurses and Physicians on Whether Critical Care Patients are Receiving Futile Treatment. *American Journal of Critical Care: An Official Publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 24 (5) 403-410.
- Páez, A., Del Vigo, M., & Serrano, P. (2012, enero 6). Delegación de actuaciones en el Hospital Universitario de Fuenlabrada: enfoque y despliegue. Recuperado 26 de junio de 2016, a partir de http://www.diariomedi-co.com/mk/2012/ideas2012/docs/143_779715f8683fdc7030a9eed584477e4c.pdf
- Pellegrino, E. D. (1985). The caring Ethic: The relation of Physician to patient. En A. H. Bishop & J. R. J. Scudder (Eds.), *Caring, Curing Coping*. USA Alabama: University of Alabama Press, 8-30.
- Pellegrino, E. D. (2012). Medical ethics in an era of bioethics: resetting the medical profession's compass. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 33 (1) 21-24.
- Reyes López, M. de los, Sánchez Jacob, M., & Montalvo Jääskeläinen, F. (2010). *Bioética y pediatría: proyectos de vida plena*. Majadahonda: Ediciones Ergon.
- Rivas Flores, F. J. (2015). *Ética en la toma de decisiones clínicas*. Madrid: Fundación Gaspar Casal. Recuperado a partir de http://www.fgcasal.org/publicaciones/CT3_Etica_en_la%20toma_de_decisiones_sanitarias.pdf
- Sánchez-Caro, J., & Abellán, F. (2013). *Medicina personalizada: aspectos científicos, bioéticos y jurídicos*. Madrid: Fundación Salud 2000.
- Seoane Rodríguez, J. A. (2008). La relación clínica en el siglo XXI: cuestiones médicas, éticas y jurídicas. *DS: Derecho y salud*, 16 (1) 1-28.
- Sydenham, T., & Latham, R. G. (1850). *The works of Thomas Sydenham, M. D.* Printed for the Sydenham Society.
- Trallero Lindo, J. C. (2016, enero 6). Érase una vez. Recuperado 26 de junio de 2016, a partir de <http://jctrallero.jimdo.com/blog/>
- Truog, R. D., Brown, S. D., Browning, D., Hundert, E. M., Rider, E. A., Bell, S. K., & Meyer, E. C. (2015). Microethics: the ethics of everyday clinical practice. *The Hastings Center Report*, 45 (1) 11-17.
- Unamuno, M. de. (1982). *Del sentimiento trágico de la vida en los hombres y en los pueblos*. Madrid: Espasa-Calpe.
- Ventres, W. B. (2016). Healing. *Annals of Family Medicine*, 14 (1) 76-78. <http://doi.org/10.1370/afm.1889>