

# El deber de no abandonar al paciente



Francesc Borrell<sup>a</sup>, Javier Júdez<sup>b</sup>, José Luis Segovia<sup>c</sup>, Ana Sobrino<sup>d</sup> y Teresa Álvarez<sup>e</sup>,  
para el Proyecto de Bioética para Clínicos del Instituto de Bioética  
de la Fundación de Ciencias de la Salud\*

<sup>a</sup>Médico de Familia. Coordinador del Grupo Comunicación y Salud. SEMFyC. EAP Gavarra, ICS. Cornellà de Llobregat. Barcelona. <sup>b</sup>Médico. Jefe de Proyectos de Bioética y Educación Médica. Fundación de Ciencias de la Salud. Madrid. <sup>c</sup>Jurista. Licenciado en Ciencias Morales. Profesor en el ISP de la Universidad Pontificia de Salamanca. <sup>d</sup>Médico de Familia. Coordinadora de la Unidad Docente de MFyC. Santander-Laredo. <sup>e</sup>Enfermera. Centro de Salud Actur Sur. Zaragoza.

### Casos clínicos

1. El Dr. Sonio\*\* conducía en la madrugada de un sábado por las calles de su ciudad. Salía de una cena en la que había bebido más de lo habitual y estaba muy cansado. De pronto, una moto cruzó un semáforo en rojo y un coche le rozó la rueda posterior, con tan mala fortuna que el motorista cayó al suelo, mientras el coche se daba a la fuga. Estaba claro que tenía que apearse para auxiliar a aquel infortunado ciudadano, pero algo en su interior le impulsaba a no hacerlo. De manera fugaz pero clara percibió el peligro que dicha acción le suponía. Por un lado, su especialidad era la salud pública y desde hacía años se dedicaba a tareas de gestión, completamente alejadas de la clínica. Por otro lado, podían inculparle de la autoría del accidente y, si la policía municipal le practicaba la prueba del alcohol, con toda seguridad saldría positiva. Por todo ello, decidió proseguir su ruta, intentando persuadirse de que no había visto nada.

2. En un centro de salud los avisos domiciliarios los realiza cada día un médico distinto del equipo, por orden secuencial. Todos los pacientes sin excepción son atendidos por este médico que, por otra parte, queda liberado de su consulta habitual. Este equipo, además, se distribuye a los pacientes que se han mostrado conflictivos o de difícil contención, de manera que pasan cada 6 meses de un médico a otro, de manera automática. El argumento en este caso es que así se hace más soportable la relación asistencial.

3. Doña Virtudes era una paciente hipercrítica y suspicaz con todas las personas que la rodeaban, incluido el equipo asistencial. Todos los facultativos que en alguna ocasión la trataron coincidían en que era sencillamente insoportable. Lo que acabó por deteriorar la relación con su médico de

cabecera fue su insistencia en recibir asistencia domiciliaria, cuando en realidad podía perfectamente trasladarse al centro de salud, hasta el punto de que el médico planteó: «No puedo continuar asistiéndola porque he perdido su confianza. Además, a pesar de que lo hemos hablado muchas veces, se empeña en que la visite en su domicilio cuando puede venir perfectamente al Centro de Salud». A lo que la paciente respondió: «No quiero cambiarme. Yo estoy bien con usted, y usted lo que tendría que hacer es enviarme al hospital para que allí den con lo que tengo».

4. Un paciente fue diagnosticado de cáncer de estómago, operado y entró en cuidados paliativos. El cirujano que le operó manifestó a la familia: «Si hubiera venido antes...». Este comentario generó una enorme desconfianza hacia el médico de cabecera, y a partir de entonces la familia sólo le pedía que realizara las recetas que le daban en el hospital o en urgencias, pero que en ningún caso visitara al paciente. El médico al final se negó: «O confían en mí y dejan que me haga cargo del paciente, o será mejor que cambien de médico».

### Preguntas que suscitan los casos clínicos

El deber de no abandono del paciente se refiere al deber de proporcionar o proseguir la atención clínica personalizada en circunstancias difíciles, tales como accidentes casuales, cuidados paliativos o pacientes con trastornos psicosociales particularmente conflictivos. En tales circunstancias, fácilmente el profesional cede a la pereza o al miedo<sup>1</sup>, y criterios de eficiencia de equipo o comodidad personal desplazan la responsabilidad ética de no abandono, ya sea directamente (esto es, negando sus servicios o escabulléndose de las situaciones donde debería asumir un papel), o indirectamente (delegando en otros profesionales o intentado que el paciente cambie de facultativo y desista de solicitar sus servicios). Los casos precedentes dan una idea de la variedad de escenarios en los que podemos considerar este deber, y las dudas razonables que suscita, dudas que sintetizamos en este apartado:

1. ¿Hasta qué punto debe un profesional sanitario atender a un ciudadano anónimo, cuando en ello tal vez arriesga su propia seguridad o bienestar personal?

2. ¿Acaso no tiene derecho un profesional de la salud a velar por sus propios intereses? Es más, ¿no le exime de responsabilidad el hecho de carecer de competencia técnica para atender a un politraumatizado?

3. ¿Tiene el equipo de un centro de salud plena libertad para organizar y distribuirse la carga asistencial, sacrificando la personalización de la asistencia en aras de una mayor eficiencia de sus servicios?

\*Este trabajo ha sido escrito por Francesc Borrell, Javier Júdez, José Luis Segovia, Ana Sobrino y Teresa Álvarez para la serie de artículos «Bioética para clínicos» del Proyecto con el mismo nombre del Instituto de Bioética de la Fundación de Ciencias de la Salud. Los miembros del Grupo Técnico del citado proyecto son: Diego Gracia (director); Javier Júdez (coordinador); Rogelio Altisent; Javier Barbero; Francesc Borrell, Fernando Carballo; Pilar García-Olmos; Manuel de los Reyes; Pablo Simón y José Zarco. La Fundación de Ciencias de la Salud no se identifica necesariamente con el contenido de este trabajo, ni éste representa su posición oficial sobre los temas objeto de estudio en el mismo.

\*\*Aunque los casos clínicos están extraídos de experiencias reales de la práctica clínica, todos los nombres empleados en la recreación de los mismos son inventados y no corresponden a ninguna persona real.

Correspondencia: Dr. J. Júdez.  
Instituto de Bioética. Fundación de Ciencias de la Salud.  
Avda. de Pío XII, 14. 28016 Madrid.  
Correo electrónico: [jjudez@fcs.es](mailto:jjudez@fcs.es)

Recibido el 31-1-2001; aceptado para su publicación:

*Med Clin (Barc)* 2001; 117: 262-273

TABLA 1

**Problemas que plantean los casos clínicos**

1. Deber de socorro. Deberes del ciudadano y del profesional sanitario
2. El deber de no abandonar al paciente y tipos de relación asistencial
3. Atención personalizada. Médico responsable y organización eficaz de la carga asistencial. Continuidad de la asistencia
4. Paciente difícil, médico difícil, situaciones difíciles. Interrupción de la relación clínica y cambio de facultativo
5. Conflictos con la familia como soporte y tutela del paciente. Conflictos en las relaciones interprofesionales. La dispensación de servicios (tales como expedir recetas) sin una relación clínica adecuada

4. Abundando en la falta de recursos de la sanidad pública, ¿no es más lógico organizar la asistencia domiciliar a asegurando rapidez, aunque en ello sacrifiquemos la continuidad de cuidados del médico o enfermera de familia? ¿Acaso no está sometido el médico a una carga asistencial que, a veces, hace necesario un mecanismo ágil de atención dado lo limitado del tiempo y de sus propias capacidades?

5. ¿En qué situaciones resulta lícito para un médico forzar a un paciente a que cambie a otro facultativo? ¿Resulta ético pasar un paciente que se considera problemático a otro colega tal vez menos formado o con menos experiencia? ¿Y si este compañero estuviera más formado o tuviera más experiencia?

6. ¿Puede el paciente negarse a cambiar de médico? En tal caso, ¿cómo se debe actuar?

7. ¿Tiene derecho la familia a prohibir el acceso del médico de cabecera a un paciente? En tal caso, ¿puede este médico negarse a prescribir unos medicamentos que él no ha recetado?

8. ¿Sería lícito en las circunstancias consideradas en el caso 4 que el médico tratara de contactar telefónicamente con su paciente (en el supuesto de que el paciente pudiera atender la llamada)? Y en todo caso, ¿cuál sería la conducta más apropiada del médico?, ¿tratar por todos los medios de contactar con el paciente?, ¿o aceptar que la familia se interponga en la relación?

Los problemas éticos que subyacen en estas preguntas se encuentran sintetizados en la tabla 1. Los términos más significativos que se utilizan a lo largo del texto se definen en el glosario que se encuentra al final del trabajo.

**Marcos ético y normativo**

De los distintos paradigmas de fundamentación y análisis de los problemas bioéticos existentes (el «principalismo», el enfoque casuístico, el pragmatismo, el modelo basado en las virtudes, el modelo de moralidad común, etc.<sup>2</sup>), el que ha tenido más éxito y difusión ha sido el modelo «principialista», que reformula las grandes nociones de la ética médica y las presenta en torno a cuatro principios: el de no maleficencia, el de justicia, el de (respeto de la) autonomía y el de beneficencia<sup>3</sup>. En nuestro país, probablemente la propuesta de fundamentación más sólida ha sido defendida por Gracia<sup>4</sup>, quien recogiendo esos cuatro principios los entronca en las grandes tradiciones de la ética y los articula en dos niveles jerárquicos:

1. Un primer nivel, denominado ética de mínimos, incluiría los principios de no maleficencia y justicia. Refleja este nivel una dimensión más bien pública que obliga a todos y que puede ser exigida incluso coactivamente. En otras palabras, delimita el marco de «libre juego» o los límites en los que se debe desarrollar el siguiente nivel.

2. El segundo nivel, de ética de máximos, es de ámbito más privado e incluye los principios de beneficencia y autonomía. En este segundo nivel se desenvuelve la cotidianidad de la relación clínica, la interacción entre el profesional sanitario (o el equipo), el paciente y terceras partes (familia).

Estos principios y esta jerarquización se incluyen dentro de un esquema de deliberación moral más amplio que ha sido esbozado en el primer trabajo de esta serie de «Bioética para clínicos»<sup>5</sup>.

Este trabajo remite y recurre a este modelo. El ámbito de los mínimos, que incluye la no maleficencia y la justicia, recoge las situaciones en las que se amenaza la integridad física y/o social de una persona. Los profesionales sanitarios y las instituciones tienen aquí la obligación central de ofrecer e indicar procedimientos diagnósticos y terapéuticos que estén dentro del rango del conocimiento médico más ajustado disponible (no maleficencia), y a los que puede acceder el paciente de una manera equitativa y justa (justicia). El ámbito de los máximos, que incluye (el respeto a) la autonomía y la beneficencia, acoge las exigencias propias de la relación privada que se establece entre un profesional (o un equipo) con un paciente y el entorno que le rodea.

Con relación a la ética de mínimos, la sociedad suele articular muchos de estos valores mínimos comunes en leyes y normas. Así, el Código Penal, por ejemplo, marca en negativo qué no se puede hacer so pena de sufrir una sanción. Por otra parte, el ámbito de la ética de máximos es, en general, un espacio para la promoción y exhortación de opciones y espacio para la toma de decisiones concretas desde los valores de cada individuo en interacción con otros individuos. Sin embargo, también incluye responsabilidades y obligaciones como las que se asumen al desempeñar una profesión como la sanitaria. En este ámbito de máximos, el profesional sanitario (o equipo) se relaciona con el paciente que busca el inicio de la relación al encontrarse en una determinada situación clínica. Los pacientes, en principio, gestionan su vida, su cuerpo y sus decisiones respecto a su salud y su enfermedad según sus propios proyectos vitales. A su vez, están en una red de relaciones, con familiares y amigos, que influyen en ese proyecto y que, en mayor o menor medida, según lo determine el propio paciente, participan del proceso de toma de decisiones. Es decir, la relación clínica, enmarcada en los mínimos que determina una sociedad plural, se desarrolla en el día a día a partir de los máximos que encarnan cada profesional y cada paciente concreto con su mundo de valores, decisiones y relaciones.

A la hora de aplicar estos dos niveles al análisis del deber de no abandono hay que considerar también el factor de cómo se produce en el tiempo la relación clínica para cualificar el deber del que estamos hablando. En este sentido, hay dos situaciones básicas: una relación imprevista o de emergencia o urgencia y una relación prolongada en el tiempo en un entorno regulado y organizado de asistencia sanitaria habitual.

En el contexto de urgencia el llamado «deber de no abandono» adquiere la caracterización particular de «deber de socorro», un deber que hunde su raíz última en el deber natural de solidaridad existente en un colectivo humano. Nadie puede eludir este sentimiento de solidaridad colectivo, por el cual se da apoyo a la persona necesitada, aunque en ello se comprometa el propio bienestar. Así lo entiende nuestra sociedad, y por eso el legislador castiga la omisión en el cumplimiento de este deber, como se verá en el marco normativo que se detalla un poco más abajo. Se trata, por tanto, básicamente del nivel de los mínimos. En el caso del profesional sanitario, esta obligación adquiere un grado mayor de exigencia, dado que se le presupone una mayor familiaridad con las posibilidades de ayuda. Como a todo ciudadano se le pedirá que «haga lo que pueda» y, al mismo tiempo, por su rol social, se considerará que es más grave, más maleficente, que no lo haga.

En el contexto de la relación asistencial habitual, que se prolonga en el tiempo, el terreno de juego es sobre todo el del nivel de los máximos. Cada estilo de relación va a armonizar la autonomía y la beneficencia, en este nivel, de una manera determinada a la hora de tomar decisiones. El deber de no abandono se modula aquí según la articulación concreta de la relación clínica. Pues bien, a lo largo de las últimas décadas la bioética ha estudiado los distintos modelos de relación clínica que se pueden desarrollar y ha destacado, para cada estilo de relación, las «virtudes» o características más relevantes. Entre las virtudes o notas más invocadas se encuentran la veracidad, la confianza, la benevolencia, la confidencia y la compasión<sup>6</sup>. Véase, de paso, cómo el lenguaje de los distintos paradigmas morales (principios, virtudes, etc.) no tiene por qué ser incompatible entre sí. En el apartado de deliberación práctica se verá con más detalle los distintos modelos de relación clínica y su relevancia para el tema del deber de no abandono. Baste adelantar aquí que este trabajo propone un modelo de talante deliberativo y participativo que permita ir más allá de un modelo asistencial de talante beneficente-paternalista. Como se ha recalcado en otro artículo de esta serie<sup>7</sup>, el consentimiento informado correctamente entendido es una herramienta privilegiada para esta transformación.

Una última reflexión dentro del marco ético. Conviene recordar que a la hora de analizar los problemas éticos es útil distinguir tres planos distintos ya sea que afecten más directamente a los individuos en su relación directa (microética), se centren más en las interacciones entre distintos profesionales e instituciones (mesoética), o atiendan a reflexiones o decisiones que tiene que hacer el conjunto de la sociedad a la hora de gestionar valores comunes (macroética). Así, en este trabajo se harán consideraciones para el profesional individual, para el trabajo en equipo, para el marco normativo de las instituciones sanitarias, etc.

#### Marco normativo

En cuanto al marco normativo, puede decirse que refleja un trasfondo semejante al que se ha visto en el marco ético. La Constitución Española, el Código Penal, la Ley General de Sanidad y otras normas legislativas desarrollan tanto el marco de la atención en situaciones de emergencia como el marco de la relación sanitaria «estándar». En la tabla 2 se recogen las citas y referencias principales.

El delito de «omisión del deber de socorro» se incorpora al Código Penal español (CP) en 1951. El bien jurídico protegido es la solidaridad humana concretada en el deber de so-

TABLA 2

#### El marco jurídico del deber de no abandono y de la relación clínica

##### Constitución Española

*Preámbulo.* Protección en el ejercicio del los Derechos Humanos; promoción de una digna calidad de vida

*Art. 1.* Valores superiores del ordenamiento jurídico la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político

*Art. 9.2.* Promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas

*Art. 10.* La dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social

*Art. 43. 1.* Se reconoce el derecho a la protección de la salud

##### Código Penal. Libro II (Delitos y sus penas), Título IX (De la omisión del deber de socorro)

*Art. 195*

*1.* El que no socorriere a una persona que se halle desamparada y en peligro manifiesto y grave, cuando pudiera hacerlo sin riesgo propio ni de terceros, será castigada con la pena de multa de tres a doce meses

*2.* En las mismas penas incurrirá el que, impedido de prestar socorro, no demande con urgencia auxilio ajeno

*3.* Si la víctima lo fuere por accidente ocasionado fortuitamente por el que omitió el auxilio, la pena será de prisión de seis meses a un año y multa de seis a doce meses, y si el accidente se debiere a imprudencia, la de prisión de seis meses a dos años y multa de seis a veinticuatro meses

*Art. 196.-* El profesional que, estando obligado a ello, denegare asistencia sanitaria o abandonare los servicios sanitarios, cuando de la denegación o abandono se derive riesgo grave para la salud de las personas, será castigado con las penas del artículo precedente en su mitad superior y con la de inhabilitación especial para empleo o cargo público, profesión u oficio por tiempo de seis meses a tres años

*Otros artículos relacionados:* *art. 409* (sanciona a los funcionarios públicos que abandonaren de forma colectiva y manifiestamente ilegal un servicio público), y *art. 412.3* (aplicable sólo a funcionarios públicos cuando: *a*) de la denegación de auxilio no se derive un riesgo grave para la salud de la persona, o *b*) cuando la persona que solicita la ayuda está aquejada de un mal que ya representa un grave riesgo para su salud)

##### Ley General de Sanidad

*Art. 3.2.* La asistencia sanitaria pública a toda la población española en condiciones de igualdad efectiva

*Art. 3.3.* La política de salud orientada a la superación de los desequilibrios territoriales y sociales

*Art. 10.7.* Todos tienen los siguientes derechos con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias (...): a que se le asigne un médico, cuyo nombre se le dará a conocer, que será su interlocutor principal con el equipo asistencial. En caso de ausencia, otro facultativo del equipo asumirá tal responsabilidad

*Art. 12.* Gasto sanitario en orden a corregir desigualdades sanitarias y garantizar la igualdad de acceso a los Servicios Sanitarios Públicos en todo el territorio español (...)

*Art. 14.* Desarrollo normativo de la facultad de elección de médico en la atención primaria del Área de Salud. En los núcleos de población de más de 250.000 habitantes se podrá elegir en el conjunto de la ciudad

*Art. 16.* Las normas de utilización iguales para todos, independientemente de la condición en que se acceda a los mismos

*Art. 20.* Plena integración de la salud mental en el ámbito comunitario, enfoque integral, coordinación sociosanitaria y total equiparación del enfermo mental a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales

Otras normas

##### A. Internacionales

###### Declaración Universal de Derechos Humanos:

*Art. 25.1.* Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo, derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad. *25.2.* La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados especiales

###### Tratado de Maastrich (7 de febrero de 1992)

*Art. 6-127.* En salud pública, la acción se encaminará a la prevención de las enfermedades, especialmente de las más graves y difundidas, incluida la toxicomanía

##### B. España

###### Real Decreto 1575/93 de 8 de septiembre

*Art. 1.* Derecho a la libre elección de facultativo en atención primaria

*Art. 8.* Posibilidad de solicitar de la inspección el cambio de médico de atención primaria

correr a quien se encuentre en situación de peligro. En el actual CP estos delitos se encuentran en el título IX del Libro II (Delitos y sus penas), en los artículos 195 y 196 (tabla 2)<sup>8,9</sup>. El planteamiento es claro: hay obligación de socorrer si no hay riesgo propio ni de terceros. Si no, hay que avisar. Es más grave no socorrer si se ha causado fortuitamente o por imprudencia el accidente. Es más grave si se es profesional sanitario y existe obligación de atender (y así mismo algo distinto, al incluirse en el delito también el abandono del servicio). Este último extremo es una auténtica novedad sin precedente en el código anterior. Hay que añadir, además, que junto a esta posible responsabilidad del sanitario por omisión de su deber de socorro, puede darse también el supuesto de que deba responder por un delito de homicidio o lesiones en comisión por omisión (normalmente imprudente) ante un resultado dañoso que haya sufrido el paciente por su inactividad. Esto sucede cuando, existiendo una posición de garante por parte del médico y debido a su inactividad, se causa un resultado lesivo para el paciente, pudiendo éste haberse evitado en el caso de haberse actuado correctamente.

En cuanto a la atención sanitaria estándar y el marco en el que se desarrolla la relación clínica, se presenta un rápido recorrido por aspectos concretos como el de la atención personalizada, la organización de la asistencia dentro del trabajo en equipo y el cambio o elección de médico.

La Constitución Española (CE) consagra la igualdad de todos los ciudadanos (art. 1) y el deber de los poderes públicos –también la organización sanitaria– de promover condiciones para que la igualdad sea efectiva removiendo obstáculos y posibilitando la plena participación de todos los ciudadanos en condiciones de igualdad (art. 9.2).

El espíritu del legislador no deja lugar a dudas de que la atención personalizada es el camino que nuestra sociedad ha elegido para concretar el derecho constitucional a la protección de la salud (art. 43 de la CE) y distintas legislaciones han ido concretando este derecho. A diferencia de los regímenes totalitarios, caracterizados por la relación poder-súbdito, el modelo democrático implica la correlativa Administración-ciudadano sujeto de derechos, procurando «personalizar» al máximo esa relación. Una concreción de ese deber de individualizar la relación lo constituye el derecho del ciudadano a conocer el nombre del funcionario y, en nuestro caso, en el explícito derecho a «conocer el nombre de su médico» (art. 10.7 de la General de Sanidad [LGS])<sup>10</sup> y todavía más recientemente el Real Decreto 1575/93, de 8 de septiembre, que establece en su artículo 1 el principio de libre elección de médico. Tres años después se ampliaría también al ámbito de la atención especializada.

Por todo ello, cabe afirmar que la legislación positiva se encamina hacia la «personalización» de la relación asistencial, primando la libertad de elección del ciudadano en el marco de la sanidad pública, con las excepciones que aparecen restringidas en el artículo 8 del Real Decreto mencionado (exceso de cupo o causa grave y justificada a valorar por la Inspección).

Este marco de personalización concreta principios como el de «acceso en condiciones de igualdad efectiva» a las prestaciones sanitarias (art. 3.2 de la LGS), o la referencia a que «la política de salud estará orientada a la superación de los desequilibrios sociales» (art. 3.3 de la LGS) y «corregir desigualdades y garantizar igualdad de acceso» (art. 12 de la LGS). Igualmente, cabe recordar que «las normas de utilización de los servicios sanitarios serán iguales para todos» (art. 16 de la LGS). En último término, no se puede olvidar «la plena equiparación del enfermo mental a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales» (art. 20 de la LGS).

En cuanto al trabajo en equipo, éste no diluye la responsabilidad individual de los facultativos, que no debe ser obstáculo para una organización funcional de las tareas: modalidad de atención urgente o refuerzos con profesionales contratados de manera eventual en épocas de epidemia, entre otras posibilidades, pero siempre desde la filosofía de un trato personalizado. El marco de actuación de los equipos de atención primaria viene delimitado por los reglamentos-marco de Insalud y de los diferentes servicios de salud transferidos<sup>11-13</sup>. En estos reglamentos-marco se establecen las modalidades asistenciales, turnos horarios, maneras en que deben atenderse los avisos domiciliarios, las urgencias y las visitas en régimen espontáneo, programado o de cita previa. En todas estas normativas se recalca la diacronicidad de los cuidados prestados de manera personal por la unidad asistencial básica (compuesta por el médico y la enfermera de familia).

Respecto al cambio de cupo provocado por el médico y el modo en que médico y paciente quedan comprometidos en un contrato terapéutico, hay que decir que la preocupación principal del legislador es la protección de la salud de cada paciente y de todo paciente, independientemente de que sea considerado «pesado», «insoportable» o «hiperdemandante». Si se contempla, sin embargo, la posibilidad de cambio de facultativo ejecutada por la inspección (art. 8 del Real Decreto 1575/93) cuando la relación médico-paciente conduce a situaciones de riesgo para el propio paciente. Considérese a tal efecto un médico colapsado emocionalmente e incapaz de escuchar a un determinado paciente. Desde el punto de vista deontológico, la tabla 3 recoge las principales referencias a los problemas suscitados en este artículo tanto para médicos como para enfermeras<sup>14-16</sup>.

### Deliberación práctica sobre el tema

En un conocido experimento de psicología social<sup>17</sup> se le pedía a un actor que simulara una lipotimia en pleno centro de una ciudad y repitiera la escenificación en un paraje menos concurrido. La conducta de los ciudadanos era muy distinta en ambos entornos y, hasta cierto punto, paradójica. Mientras que no dudaban en auxiliar a la pretendida víctima cuando se trataba de lugares solitarios, en las urbes las personas trataban de pasar por el lado de la víctima como si no la vieran. Este fenómeno se llama *dispersión de la responsabilidad*<sup>18</sup>, y ya Balint<sup>19</sup> había detectado su presencia en los servicios sanitarios, acuñando el término de *colusión en el anonimato*, quizá más incisivo. Piliavin et al<sup>20</sup> han postulado un modelo según el cual realizamos actos altruistas evaluando los costes de hacer o no hacer una determinada acción, y las recompensas o penalizaciones asociadas. Mencken (1924) ya había apuntado que «gran parte del altruismo se funda en el hecho de que resulta incómodo tener en torno de uno a personas infelices». Otros autores han apuntado la importancia que nos merece el juicio de los demás cuando realizamos conductas prosociales<sup>21</sup>.

Pero entonces, ¿qué hay detrás de las conductas altruistas? André Gide, en *Las aventuras de Lafcadio*, sostiene que no hay actos altruistas puros, pues de ellos siempre se infieren, aunque sea a nivel simbólico, unas compensaciones que retribuyen nuestro ego. Darwin<sup>22</sup>, y de manera más actual Wilson<sup>23</sup>, padre de la sociobiología, sostienen que la especie humana tiene una predisposición genética hacia la ayuda solidaria, base de nuestro éxito adaptativo *representado entre otras actitudes en la empatía innata como mecanismo básico de supervivencia*. Desde esta perspectiva, los seres humanos tenemos una predisposición genética a la crea-

TABLA 3

**Marco deontológico****Código de Ética y Deontología (OMC, 1999)<sup>14</sup>***Artículo 4*

2. El médico debe atender con la misma diligencia y solicitud a todos los pacientes, sin discriminación alguna (...)
4. El médico nunca perjudicará intencionadamente al paciente ni le atenderá con negligencia. Evitará también cualquier demora injustificada en su asistencia

*Artículo 5*

1. Todo médico, cualquiera que sea su especialidad o la modalidad de su ejercicio, debe prestar ayuda de urgencia al enfermo o al accidentado
2. En situaciones de catástrofe, epidemia o grave riesgo para el médico, éste no puede abandonar a sus enfermos, salvo que fuere obligado a hacerlo por la autoridad competente. Se presentará voluntariamente a colaborar en las tareas de auxilio sanitario
3. En caso de huelga, el médico no queda exento de sus obligaciones éticas hacia sus pacientes a quienes debe asegurar los cuidados urgentes e inaplazables

*Artículo 6*

1. El médico ha de ser consciente de sus deberes profesionales para con la comunidad. Está obligado a procurar la mayor eficacia de su trabajo y el rendimiento óptimo de los medios que la sociedad pone a su disposición
2. Siendo el sistema sanitario el instrumento principal de la sociedad para la atención y promoción de la salud, los médicos han de velar para que en él se den los requisitos de calidad, suficiencia asistencial y mantenimiento de los principios éticos. Están obligados a denunciar las deficiencias, en tanto puedan afectar a la correcta atención de los pacientes

*Artículo 7*

1. La eficacia de la asistencia médica exige una plena relación de confianza entre médico y paciente. Ello presupone el respeto del derecho de éste a elegir o cambiar de médico o de centro sanitario. Individualmente los médicos han de facilitar el ejercicio de este derecho e institucionalmente procurarán armonizarlo con las previsiones y necesidades derivadas de la ordenación sanitaria

*Artículo 9*

1. Cuando el médico acepta atender a un paciente se compromete a asegurarle la continuidad de sus servicios, que podrá suspender si llegara al convencimiento de no existir hacia él la necesaria confianza. Advertirá entonces de ello con la debida antelación al paciente o a sus familiares y facilitará que otro médico, al cual transmitirá toda la información necesaria, se haga cargo del paciente
4. El médico en ningún caso abandonará al paciente que necesitara su atención por intento de suicidio, huelga de hambre o rechazo de algún tratamiento. Respetará la libertad de los pacientes competentes (...)

*Artículo 31*

4. Los médicos se abstendrán de criticar despreciativamente las actuaciones profesionales de sus colegas. Hacerlo en presencia de los pacientes, de sus familiares o de terceros es una circunstancia agravante
5. La relación entre los médicos no ha de propiciar su desprestigio público. Las discrepancias profesionales han de ser discutidas en privado o en sesiones apropiadas. En caso de no llegar a un acuerdo acudirán al Colegio, que tendrá una misión de arbitraje en estos conflictos (...)

*Artículo 32*

2. El médico no interferirá en la asistencia que esté prestando otro compañero. No se considera interferencia la situación de urgencia o la libre consulta por parte del paciente a otro médico, quien le advertirá, sin embargo, del perjuicio de una dirección médica múltiple no consensuada
3. Cuando lo estime oportuno el médico propondrá al colega que considere más idóneo como consultor o aceptará al que elija el paciente. Si sus opiniones difirieran radicalmente y el paciente o su familia decidieran seguir el dictamen del consultor, el médico que venía tratando al paciente quedará en libertad para suspender sus servicios

*Artículo 33*

2. Sin perjuicio de las posibles responsabilidades subsidiarias, la responsabilidad deontológica del médico no desaparece ni se diluye por el hecho de trabajar en equipo

**Código de Deontología (Consell de Col·legis de Metges de Catalunya, 1997)<sup>15</sup>**

*Art. 16.* El médico debe respetar el derecho del paciente, siempre que sea posible, a elegir a su médico, el centro sanitario y cambiarlos. E individual y colectivamente debe cuidar del cumplimiento de este derecho en la ordenación y la planificación sanitarias

*Art. 17.* Excepto en los casos de urgencia, el médico puede negarse a prestar asistencia y también puede negarse a continuar prestándola si está convencido de que no existe la confianza indispensable entre él y el paciente. En este caso el paciente deberá ser debidamente informado del porqué de la negativa asistencial, y será necesario que esta asistencia pueda ser continuada por otro médico, a quien han de ser librados, con el consentimiento del paciente, todos los datos médicos que pida. El médico no puede rechazar la asistencia por miedo a ser contagiado

*Art. 48.* El médico, en caso de huelga de hambre, debe considerar que el objetivo del huelguista no es la muerte. El médico tiene que evitar cualquier interferencia ajena a su función profesional, y debe abstenerse de aplicar cualquier terapéutica cuando quien hace huelga de hambre, una vez haya sido debidamente informado y conozca el pronóstico, haya expresado de una forma libre, explícita y reiterada, su negativa a ser ayudado. El médico tiene que respetar en todo momento la voluntad del paciente, prescindiendo de su juicio sobre la huelga y su motivación. Cuando reciba una orden judicial de tratamiento médico debe hacer saber al juez que éticamente está obligado a respetar la voluntad del paciente y pedirle que le exima de la obligación de tratamiento

*Art. 74.* Los médicos deben respetar y promover el derecho del paciente a tener un médico responsable de él, aunque sea un equipo el que esté a su cuidado, sea cual sea el tipo de asistencia que reciba y el lugar donde la reciba, y a cuenta de quien la reciba. Las responsabilidades del médico no desaparecen ni se diluyen cuando actúa en un equipo médico

*Art. 75.* En primer lugar el médico debe presentarse al paciente, informarle de su función profesional, de quiénes son y de por qué están allí todas las personas que puedan acompañarle o estar presentes en el acto médico. Debe respetar el derecho del paciente a rechazarlas y facilitar el diálogo privado con él, con cualquier otro médico, o con cualquier otra persona, sanitaria o no, de las que están a su cuidado

*Art. 77.* El médico debe respetar el derecho del paciente a elegir a otro médico, ajeno o no a la institución, para que esté presente en cualquier acto médico que se le practique y en cualquier circunstancia y tiene el deber de facilitarle la más amplia información sin interferir, sin embargo, en la asistencia

*Art. 78.* El médico debe negarse a practicar cualquier acto médico, excepto en caso de urgencia, si considera que no tiene la aptitud necesaria y/o no dispone de los medios adecuados para llevarlo a cabo y también si existe la razonable presunción de que el paciente podría salir perjudicado del mismo. El médico facilitará la asistencia a quien pueda practicarlo

*Art. 84.* La relación entre médicos nunca debe comportar desprestigio público. Las discrepancias profesionales deben ser siempre discutidas entre médicos y en el seno del Colegio de Médicos o de otros organismos o colectivos profesionales. Sólo cuando estas vías estén agotadas se podrá recurrir a otras instancias

*Art. 85.* Salvo en los casos de urgencia ningún médico interferirá en la asistencia que preste otro colega. No se considerará interferencia la libre consulta a otro médico; éste, sin embargo, debe hacer constar al paciente el perjuicio de una dirección médica múltiple no coordinada

**Código de enfermería (Consejo General de Colegios de Diplomados de Enfermería de España, 1989)<sup>16</sup>**

*Capítulo 2, artículo 6.* En ejercicio de sus funciones, las enfermeras/os están obligadas a respetar la libertad del paciente a elegir y controlar la atención que se le presta

*Capítulo 9, artículo 50.* En caso de emergencia la enfermera/o está obligado a prestar su auxilio profesional al herido o enfermo. En situaciones de catástrofe deberá ponerse voluntariamente a disposición de quienes coordinan los programas de ayuda sanitaria

*Capítulo 10, artículo 54.* La enfermera debe adoptar las medidas necesarias para proteger al paciente cuando los cuidados que se le presten sean o puedan ser amenazados por cualquier persona

ción de valores éticos sencillamente porque es parte de nuestra estrategia para sobrevivir<sup>24</sup>. Esta predisposición a la conducta prosocial no es básicamente racional, sino que su fuerza reside en ser emocional y adaptativa. Por esta razón a veces la norma ética (racional) y la necesidad percibida (en el campo de las emociones) entran en contradicción, como ya anunciara Pascal. La psicología social ha estudiado con detalle estas situaciones donde nuestra responsabilidad queda diluida, llegando a la conclusión de que cuando tenemos una prioridad muy marcada, o cuando interpretamos la desgracia ajena en el sentido de que «se lo ha buscado, se lo tiene merecido», se favorecen los fenómenos de dispersión de responsabilidad, en contradicción con los mandatos éticos más obvios. En cambio, tener un compromiso explícitamente adquirido *frente a los demás* disipa dudas y hace reaccionar positivamente a la persona hacia una conducta prosocial. La existencia de una comunidad que se dota de normas es condición para que seamos responsables, y también para que puedan acentuarse los procesos de individuación, esto es, de ser diferentes a los demás<sup>25</sup>. En otras palabras, y aquí viene la consecuencia que nos interesa: la existencia de unas obligaciones morales o de un código deontológico no garantiza la conducta prosocial y de no abandono del profesional de la salud en todas las circunstancias. Cuando al profesional se le entrena para actuar de manera casi automática en las contingencias de auxilio y, sobre todo, si esta obligación se le recalca adecuadamente a lo largo de su proceso de formación y ejercicio (durante la carrera, durante el MIR, etc.), se estará favoreciendo una respuesta apropiada. El profesional tiene el deber no sólo de comprender este requerimiento ético y legal, sino de programar su conducta para responder con prontitud, de forjar unos «hábitos del corazón» (Bellah), de esculpir (hasta donde pueda) sus actitudes. Por supuesto el hecho de no saber cómo actuar, esto es, la falta de pericia, obliga a la prudencia sin eximir de las propias obligaciones. Se entiende aquí por prudencia la virtud de valorar para cada situación clínica los riesgos de actuar o no actuar. La prudencia establece un límite a los actos que puede realizar un profesional. Se debe abstener de maniobras que puedan infligir mayor daño del que trata de paliar, pero ello no es óbice para que afronte solidariamente una situación de emergencia<sup>26</sup>.

La omisión de ayuda pone de relieve el papel peculiar que tiene el profesional sanitario en la vida social. Desarrolla el papel simbólico de cuidador de los demás, sea cual sea la circunstancia. En algún sentido es la cara amable de una colectividad que se mueve al filo del «ninguneo» de la persona concreta. Los profesionales de la salud comparten con los maestros, los sacerdotes y tal vez los políticos e intelectuales esta creación del *ethos* social. Se trata de un colectivo testimonial y cada acto de generosidad o cicatería es mirado por toda la sociedad y repercute en la creación de este *ethos*.

Si esto es así en el marco de la atención de emergencia, más aún en el caso de la atención «estándar», normalizada que se produce dentro del sistema sanitario. Un sistema de salud expresa no sólo un nivel de eficacia técnica, sino también hasta qué punto la sociedad es capaz de cuidarse a sí misma preservando la dignidad y la autoestima de sus individuos, compartiendo con ellos las decisiones pero sin desistir de la tarea educativa ni de representar el rol de persona moralmente buena<sup>27</sup>.

Esta reflexión nos lleva a ahondar en las peculiaridades de la relación clínica. Ésta sigue siendo una relación asimétrica y peculiar (cuasidiádica diría Laín<sup>28</sup>) en la que la caracterización del poder o autoridad del médico debe ponderarse con la capacidad de toma de decisiones de los pacientes como sujetos autónomos<sup>29</sup>. Brody<sup>30</sup> ha caracterizado el poder médico en tres elementos principales, a saber, el esculáptico, el carismático y el social-cultural. La relación clínica es, por tanto, una relación compleja entre dos o más seres humanos en la que, ante una situación de enfermedad y vulnerabilidad, se barajan elementos técnicos e informativos de la ciencia médica junto con elementos de valores con el objeto de tomar decisiones ante esa situación. Se ha visto en el marco ético cómo este terreno, enmarcado en un nivel de mínimos, se desenvuelve primordialmente en un nivel de máximos en el que se recalcan y articulan de maneras diversas la autonomía del paciente y la beneficencia de profesionales sanitarios y familiares dando lugar a distintos modelos de relación clínica. Son muchos los autores que han caracterizado y estudiado estos distintos modelos de relación<sup>27,31-40</sup>. En la tabla 4 se presenta un esquema de algunos de los modelos más destacables. Cada una de esas caracterizaciones va a incorporar, con matices, el deber de no abandono. En este trabajo se apuesta por un modelo de re-

TABLA 4

## Modelos de relación clínica

Autores	Modelos y características			
<i>Gracia</i> <sup>27</sup>	<i>Paternalista monárquico</i> Relación vertical (médico/s → paciente)	<i>Paternalista oligárquico</i> (en equipo)	<i>Democrático</i>	
<i>Veatch</i> <sup>31</sup>	<i>Sacerdotal</i> (hechos y valores determinados por médico)	<i>Relación horizontal</i> (médico → paciente) <i>Colegial</i>	<i>Contractual</i>	<i>Técnico-ingeniero</i> (hechos)
<i>Emanuel y Emanuel</i> <sup>37</sup> Valores del paciente	<i>Paternalista</i> Objetivos, a compartir entre médico y paciente	<i>Deliberativo</i> Abiertos a discusión y revisión	<i>Interpretativo</i> Poco definidos, a aclarar	<i>Informativo</i> Definidos, fijos, conocidos
Autonomía del paciente	Asumir esos valores objetivos	Autodesarrollo valores relevantes	Autocomprensión valores	Elección y control
Obligación del médico	Promover el bienestar del paciente independientemente de las preferencias del paciente en ese momento	Estructurar y persuadir propuestas mejores, informar, implementar	Determinar, interpretar, informar, implementar	Dar información e implementar decisión del paciente
Rol médico	Guardián, «sacerdote»	Amigo, maestro	Consultor, consejero	Científico, técnico
<i>Charles et al</i> <sup>38</sup> Intercambio de información	<i>Paternalista</i> Médico/s → paciente; información médica; mínimo marcado por la ley	<i>Compartido</i> Médico ↔ paciente; información médica y personal; mínimo todo aquello relevante para tomar decisión	<i>Informado</i> Sobre todo médico → paciente; información médica; relevante	
Deliberación Decisión	Médico/s Médico/s	Médico y paciente (+ otros potenciales) Médico y paciente	Paciente (+ otros potenciales) Paciente	

lación «ideal» que se mueve en las coordenadas de la deliberación, la participación compartida, la asociación, y también la responsabilidad fiduciaria y cuasicontractual como el que mejor acoge, en términos generales, la plena dimensión del no abandono. Aunque no se profundiza en este texto, ni en los casos que se incluyen, un planteamiento parecido permite permanecer junto al paciente afrontando situaciones realmente conflictivas y comprometidas, como las del final de la vida<sup>1,39,40</sup>.

Sin duda el médico se constituye en la parte fuerte de esta relación preñada de valores y vulnerabilidades, pero no sólo el paciente es vulnerable: también lo es el médico, sujeto a la incertidumbre, «al tener que saber», o si ello no es posible, «al tener que saber cómo actuar». Esta vulnerabilidad le hace adoptar a veces conductas altaneras que, en el fondo, son defensivas y le cierran a una escucha reflexiva, o a una actitud de autoobservación crítica (véase la corriente anglosajona alrededor del *self-awareness*<sup>41</sup>). Cuando prevalece el reflejo defensivo sobre el reflejo comprensivo, se generan las condiciones para que los equipos asistenciales creen cultura de desapego. Esta cultura de desapego puede observarse en las bromas que se cruzan al hilo de un paciente «pitiático», en la división que se hace entre «pacientes interesantes» y «pacientes aburridos», o la risa burlona que acompaña a la frase «vaya paciente que te ha tocado». Hundert et al<sup>42</sup> y otros autores han apuntado la existencia de un currículum informal que transmite la cultura del cinismo en los pasillos de los hospitales y centros de salud, y que en sus años clínicos los estudiantes compensan todo el aprendizaje de «buenas intenciones» de sus años preclínicos. En esta cultura de desapego los actos de abandono son vívidos con absoluta neutralidad, cuando no con comprensión, y se razonan normas grupales como el «repartirse a los pacientes difíciles entre todos». Por ello el compromiso de no abandono va al centro mismo de la manera que tenemos de entender la profesión de cuidadores, y se sustenta en un esfuerzo continuado por entender las razones que amparan a los llamados «pacientes difíciles». Se trata de promocionar una cultura comprensiva. Esta tarea exige acciones tan concretas como promocionar una selección de estudiantes de medicina de orientación humanista y aptitudes empáticas, evitando la contradicción de premiar antes y después del pregrado los logros basados en tecnología «dura», por encima de las conductas solidarias<sup>43</sup>.

Conviene aclarar que la caracterización de un modelo ideal (al estilo de los tipos weberianos ideales<sup>44</sup>) y la promoción de un modelo que puede resultar más constructivo en general no deben hacer olvidar la necesidad de personalización del modelo asistencial «a medida» para la situación, necesidades y preferencias de cada paciente. Un buen modelo asistencial y una buena práctica ética metidos a calzador a todo paciente sin modular la relación a la vista de las peculiaridades del paciente puede ser altamente contraproducente. Por eso el profesional sanitario debe estar alerta para confrontar el estilo de relación con el que se siente más cómodo con las expectativas del paciente de cara a encontrar un terreno común útil para tomar decisiones. Los profesionales de la salud deben combatir su tendencia a tratar a todos los pacientes de la misma manera, con el mismo registro de comunicación. He aquí que comunicación y ética se engarzan en el diálogo, en la relación, en la deliberación, en la asociación, en la participación compartida. Hay un deber de provocar y facilitar este diálogo, un deber de dialogar de manera significativa porque en este diálogo se construye la realidad del paciente, lo que éste entenderá o ignorará sobre sí mismo. Pero este diálogo puede revestir morfologías variopintas y planes de actuación diversos. En

ocasiones se debatirán opciones terapéuticas. En otras, se confrontarán conductas y hábitos de vida insanos. Finalmente, se debe aconsejar e influir, es decir, intentar persuadir, en el marco de un diálogo que sobre todo será honesto, transparente y no manipulador. Todo ello requiere creatividad, atención, consideración a la dignidad del otro. Oscar Wilde contestaba a la máxima de «Trata a los demás como a ti te gustaría que te trataran» con la pregunta: «¿Y si no tienen los mismos gustos?». Con ello recalaba la necesidad de considerar el máximo beneficio para el paciente por encima de una cierta estética de la relación, o de valores apriorísticos sobre lo que «debiera ser o no ser» una buena relación asistencial olvidando al paciente concreto que está delante.

El modelo «centrado en el paciente», tan extendido en el área anglosajona, tiene en Europa el precedente de la corriente «Balint», que hacía hincapié en la necesidad de una escucha creativa. Tizón<sup>45</sup> fue de los primeros en definir el «modelo centrado en el consultante» como un modelo donde el profesional «se observaba observando», y se situaba «la exigencia interna de que la actividad médica esté basada en las necesidades de los consultantes, y no en la de los médicos o de sus equipos», entendiendo que este consultante era miembro de una comunidad concreta y participaba de una cultura concreta. En algunos momentos, este modelo se ha interpretado como promoción o justificación de cierta pasividad del profesional ante la realidad del paciente, y se ha subrayado el deber ético de influir en el paciente<sup>46</sup>, e incluso la preferencia de la población por médicos que proponen de manera activa un plan terapéutico<sup>47</sup>. La superación de este debate pasa por afirmar que un marco de relación es, sobre todo, un marco de posibilidades. Algunos pacientes pueden requerir una acción muy directa por parte del profesional, en tanto que otros pedirán una deliberación muy técnica. Entender que eso es también parte de las necesidades del consultante, y en ambos casos escuchar de manera personalizada y dialogar de manera creativa, incorporando a la familia, es el horizonte y el reto para el profesional de este nuevo siglo.

Esta deliberación quedaría incompleta si no se ahondara en la dinámica de los equipos (terreno de la mesoética) y de las instituciones. Por un lado, porque cuando el médico fuerza a un paciente a un cambio de cupo, también le fuerza a cambiar de enfermera. Parece razonable que ambos profesionales hayan discutido las consecuencias de esta decisión y estudiado de manera conjunta otras opciones. Por otro lado, la calidad de la relación médico-paciente se sustenta también en una cultura de equipo. Algunos autores –sobre todo Tizón<sup>45,48</sup>– han hablado de una *contratransferencia grupal o institucional* de los equipos, entendiendo por tal, sentimientos y juicios del grupo por los que se tilda de «pesados» o intrusivos u otros adjetivos (no forzosamente peyorativos) a los pacientes que, por ejemplo, vienen a deshora o se atreven a llamarnos por teléfono cuando estamos en una sesión clínica. En realidad se producen conductas grupales que reflejan creencias colectivas y pautas de conducta que rigen para el conjunto de la institución. Se trata de la llamada cultura organizacional, sustentadora de valores, creadora de ritos y respuestas automáticas y que, en parte, explica el trato que los profesionales dan a sus pacientes.

Aparece entonces una vertiente poco explorada del deber de no abandono: la que hace referencia al gestor<sup>49,50</sup> (meso y macroética). Con frecuencia, se da por lo que se recibe y, si un profesional es tratado de manera desconsiderada, fácilmente puede caer en conductas desconsideradas hacia el paciente. Ello no minimiza los deberes éticos del profesional, pero sí ayuda a explicar determinados incumplimientos

y resitúa las responsabilidades. Los dramas que se viven en la consulta a veces son consecuencia de decisiones que se han tomado en los despachos del gestor o del político. Uno de los problemas más importantes, sin duda, es el que se deriva del hecho de que un buen médico que se prestigia ante la población recibe la recompensa de una mayor carga de trabajo con nula ganancia. Nada peor para desincentivar la implicación personal del médico sobre cada paciente, para promover lo contrario a lo que Laín Entralgo<sup>28</sup> entendía por amistad médica, pues los pacientes que pregonan las excelencias de su médico de familia son una amenaza potencial para la calidad de vida profesional de este buen médico. Por consiguiente, una faceta ética en la tarea del gestor debe ser la de promover la diacronicidad de los cuidados, minimizar el efecto del mal reparto de la carga asistencial y otros aspectos relativos a la calidad de los cuidados asistenciales. Carmel et al<sup>51</sup> encontraron, por ejemplo, que en un ambiente hospitalario las conductas empáticas eran puntuadas por los facultativos como las más importantes para «ser un buen médico», pero a la vez reconocían que eran las menos importantes para progresar jerárquicamente. Además, por ejemplo, cuando se permite que accedan a sustituciones personas que no están preparadas, ¿no se incumple algún deber ético? Cuando en un corto plazo de tiempo se sustituye la historia clínica por un formato electrónico, retirándose o dificultando el acceso a los documentos antiguos, sencillamente para cumplir con «lo planificado», ¿no se cercena la calidad del acto clínico y la continuidad asistencial?<sup>52</sup> Cuando el médico «amable y humano» es penalizado con más pacientes por el mismo salario, ¿no se alienta que este médico acabe aprendiendo la lógica del sistema y con los años sea descortés para amonorar su carga de trabajo, o procure que sus pacientes difíciles cambien a otro facultativo?

Urge, por tanto, tener presente que la calidad de la atención sanitaria se juega no sólo en la calidad del trabajo del profesional y en la relación que éste establezca con el paciente (microética), sino también en la calidad del funcionamiento y planificación de los contextos de equipo e institucionales (mesoética) y en las políticas sanitarias que se establezcan, alienten y prioricen (macroética).

### Comentario final sobre los casos clínicos

Se analizan a continuación de manera crítica los casos clínicos presentados al inicio, se comentan los posibles cursos de acción y se ofrecen algunas recomendaciones. En la ta-

bla 5 se presenta una serie de sugerencias para ampliar conocimientos sobre este tema.

#### Caso 1

La posición del Dr. Sonio es muy delicada porque se arriesga a verse involucrado en un accidente que no ha causado y a atender a un paciente sin tener los conocimientos médicos suficientemente actualizados. Sin embargo, en el momento del accidente es la única persona que puede dar asistencia al accidentado. Tiene por ello un deber insoslayable que le será reclamado tanto desde la perspectiva ética como jurídica. Otra cosa es que en su intento de auxiliar no pueda proporcionar el mejor estándar de calidad médico, ya sea por falta de preparación o de medios. Este aspecto pasa a un segundo plano en relación a su responsabilidad personal, responsabilidad que no puede transferir a otro médico mejor preparado, pues está solo en el escenario del accidente. Los riesgos de verse inculcado de manera injusta pasan también a un segundo plano, y aunque serían un atenuante, no le eximirían del deber de socorro y de no abandono. En conclusión:

1. El Dr. Sonio, al abandonar al accidentado, actúa de manera maleficente, incurre en un delito penal y comete una falta deontológica muy grave.
2. El miedo que siente el médico –por podersele imputar un delito de conducción bajo la influencia de bebidas alcohólicas (art. 379 del CP) o incluso la misma autoría del accidente– podrá ser una circunstancia atenuante, pero nunca le eximirá de un deber que, por otro lado, es exigible a cualquier ciudadano.
3. La circunstancia de no tener un entrenamiento clínico (es epidemiólogo) tampoco le exonera de su responsabilidad. El deber formal de asistencia y socorro no debe ser confundido con su contenido material. Este último puede consistir tanto en actuar (si se sabe y se tiene la pericia) como en no actuar o, al menos, impedir que otros actúen inadecuadamente. El médico, con su sola presencia, habría asegurado que nadie movilizara al paciente, o podía evitar que fuera atropellado por terceros vehículos, y también habría podido llamar por teléfono solicitando ayuda. Si este comportamiento es reprochable en cualquier ciudadano, más debe serlo en un profesional sanitario.

#### Caso 2

El médico de familia es ante todo un médico de personas. El hecho de trabajar en equipo no significa de ninguna manera que su responsabilidad quede diluida. Dicho de otra manera, la interposición de una agencia contratante no atenua la existencia de un contrato de servicios con cada una de las personas de su cupo. ¿Quiere eso decir que no resulta posible repartir entre varios médicos del equipo la carga que supone la visita domiciliaria? En general se puede decir que cada médico de cabecera debería realizar sus visitas domiciliarias, con las excepciones lógicas: cuando un paciente desea que se le atienda en una franja horaria fuera del turno asistencial de su médico, o cuando en épocas epidémicas la carga asistencial hace necesario anteponer criterios logísticos porque, de lo contrario, no sería posible atender a toda la población.

En cuanto a la rotación de los pacientes difíciles, sin duda es la peor estrategia de las posibles con este perfil de pacientes, y sólo podemos entender que suceda en el contexto de una organización incorrecta, y un equipo que ha perdido el norte de lo que debe ser su quehacer. Por desgracia, la falta de incentivos para dar la mejor atención sanitaria posible, el hecho de que el mejor trato se penaliza

TABLA 5

### Para ampliar conocimientos

#### Bibliografía

- Centros y Servicios de Atención Primaria. Legislación Sanitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo/Instituto Nacional de la Salud. Madrid: Insalud, 1990
- Personal Estatutario. Serie: Legislación Sanitaria. Subdirección General de Coordinación Administrativa. Madrid: Insalud, 1998
- Atención Primaria de Salud. Asistencia Sanitaria Serie Legislación Sanitaria. Secretaría General Madrid: Insalud, 1990
- Emanuel EJ, Emanuel LL. Cuatro modelos de la relación médico-paciente. En: Couceiro A, editor. Bioética para clínicos. Madrid: Triacastela, 1999
- Borrell F. Cómo trabajar en equipo. Barcelona: Gestión 2000, 1996
- Gracia D. Fundamentos de Bioética. Madrid: Eudema, 1989
- Gracia D. Procedimientos de decisión en ética clínica Madrid: Eudema, 1991
- Melguizo M, González JC, Álvarez-Cienfuegos JM. Responsabilidad médica jurídica en atención primaria. Barcelona: Semfyc/Excerpta Médica, 1998
- Quill TE, Cassel CK. Nonabandonment: a central obligation for physicians. *Ann Intern Med* 1995; 122: 368-374
- Quill TE. Partnerships in patient care: a contractual approach. *Ann Intern Med* 1983; 98: 228-234
- Tizón JL. Las técnicas de psicoterapia ante la ética. *Revista Clínica y Análisis Grupal* 1992; 14: 409-433



con más carga asistencial e iguales ingresos, y la consiguiente degradación del *ethos* colectivo explican que algunos equipos lleguen a una situación tan extrema. Por lo general, el proceso se inicia con recriminaciones mutuas sobre pacientes que pasan de un cupo a otro, y sesiones especiales para analizar estos cambios. Tras fracasar estas reuniones y como solución *in extremis*, se decide que los pacientes «superconflictivos» roten cada 6 meses por cada uno de los médicos del equipo. El resultado final es que se institucionaliza el abandono, porque ninguno de estos médicos se toma la molestia de acomodar y empatizar con estos pacientes, antesala necesaria para cualquier abordaje posterior, pues temen que entonces «me voy a cargar yo con estos pacientes tan complicados». La etiqueta de paciente difícil se cronifica, y se genera una culpa colectiva en relación a estos pacientes «desqueridos» por todo el equipo. Las consecuencias de este sentimiento de culpa son enormes aunque sean inaparentes y soterradas. Hay una permanente tensión sobre «quién trabaja más o quién escurre el bulto» y una falta permanente de generosidad. Un repliegue de cada cual «en su espacio» que impide compartir experiencia clínica y que repercute sobre la capacidad de dialogar y avanzar en el desarrollo colectivo. Por todo ello, y a modo de conclusión, puede decirse que:

1. Las normas actuales garantizan a los ciudadanos el derecho a ser atendidos por «su» médico, de quien pueden conocer el nombre, e incluso tener entrevista previa, antes de optar por él.
2. Constituye una práctica contraria a la personalización del trato la asistencia domiciliaria rotatoria, más todavía cuando se constituye en práctica habitual. Sólo se justifica cuando, por razones de horario laboral, premura o sobrecarga asistencial, pasa por delante el mismo derecho a ser asistido con prontitud.
3. Constituye una mala praxis colectiva el que determinados equipos sometan a sus pacientes conflictivos a turnos de asistencia rotatorios por los diferentes facultativos del centro de salud. Si para cualquier persona es importante la atención personalizada por un mismo profesional de referencia, para este tipo de sujetos es un requerimiento ineludible. Cuanto más problemática pueda ser una persona, tanto menos «institucional» y más «personalizado» deberá ser el abordaje. Es ésta una evidencia que no puede soslayarse por la comodidad del equipo, y de no hacerlo así constituye una flagrante violación del marco normativo que regula la atención sanitaria.
4. La responsabilidad y el deber de constituirse en profesional de referencia personalizado no es delegable ni diluible en el equipo; constituye un deber personalísimo fiel correlato del derecho del paciente a «su» médico.
5. El gestor y el político tienen también una clara responsabilidad ética regulando el exceso de carga asistencial y promoviendo incentivos que premien el buen hacer de los profesionales. También deben perseguir que los derechos del paciente no se vulneren.

### Caso 3

Los pacientes difíciles lo son para cualquier médico. La experiencia y las técnicas de entrevista ayudan, pero no ahorran esfuerzo. En ocasiones esta experiencia se utiliza de manera perversa: a poco aplicado que sea un médico con años de ejercicio, sabe perfectamente cómo provocar la salida de su cupo de un paciente determinado. Es sólo cuestión de proponérselo.

Ahora bien, ¿caso el médico no tiene derecho a proponer a un paciente que se cambie a otro facultativo? Este derecho

viene recogido en diferentes normativas<sup>53</sup>, que en el fondo se basan en el principio de causar el menor daño posible. Es una normativa que erige al médico en juez y parte, y por consiguiente le proporciona un poder que debe utilizar de manera juiciosa. Si esta facultad la utiliza con propósito de hacerse la vida más amable, estará conculcando el derecho del paciente a ser atendido de la manera más humana y científica posible, y estará traicionando su propio *ethos*. Pero ¿hay situaciones en que sea legítimo pedir al paciente que cambie de médico?

Desde luego que sí. De manera general se puede decir que hay situaciones en las que el médico llega a experimentar sentimientos de frustración e irritación hacia determinados pacientes que pueden inhabilitarle para una escucha semiológica, atenta y empática<sup>54</sup>. Un paciente al que hemos dado confianza y que sencillamente se ha aprovechado de ella para ganar ciertas ventajas puede activarnos una fuerte agresividad que nos conduzca a minusvalorar posteriores quejas. O bien el médico es capaz de contrarrestar esta tendencia o puede ser necesario plantearle al paciente que, por su propio bien, debe cambiar a otro facultativo que no esté contaminado con este tipo de interferencias emocionales. Tal vez tras una entrevista honesta donde ofrezcamos al paciente nuestra versión de lo que está ocurriendo, y él la suya (*interpretación de la relación*, en términos técnicos), la relación se recomponga, y el paciente y el profesional decidan mantener la relación. A veces ocurre que estos pacientes devienen «pacientes modelos». Otras veces el médico siente que debe forzar el cambio, y si estas circunstancias se producen muy esporádicamente (una vez cada dos o tres años), posiblemente está haciendo un uso juicioso de esta capacidad que la normativa le reconoce.

Sin embargo, hay otras circunstancias en las que no resulta lícito zafarse de la propia responsabilidad. A veces se dice: «Lo mejor que pueden hacer estos pacientes psiquiátricos es ir a otro médico que sepa tratarlos mejor. A mí que me vengan con cosas serias, que entonces sí les atiendo bien». Pero lo cierto es que la atención primaria de salud (APS) está permanentemente en el filo de lo biopsicosocial, y quien no quiera verlo así mejor haría en ejercer una especialidad que no requiera un contacto personal con el paciente. El médico de APS es –o debiera ser– un auténtico experto en integrar de manera biopsicosocial la información que recibe de sus pacientes. Si no tiene habilidades para ello debería esforzarse en adquirirlas, como de hecho se esfuerza en mejorar en terrenos como la lectura del electrocardiograma, por ejemplo. Otro elemento a tener en cuenta es la ausencia de un médico cualificado al que pueda dirigirse el paciente. En áreas rurales donde sólo hay un médico, este derecho queda mermado, cuando no anulado. Por fortuna, tanto el médico como el paciente son conscientes de esta limitación y tratan de asumir posiciones constructivas.

En conclusión, y con relación a las preguntas formuladas al inicio del artículo:

1. El límite entre el paciente insoportable (juicio de valor subjetivo), pero que debe ser atendido –como en el caso de pacientes conflictivos anteriores– y la posibilidad de transferirlo a otro colega residen no en lo pesada que sea doña Virtudes, sino en su derecho a la salud.
2. Parece correcto que el médico de cabecera se niegue a prescribir lo que no es necesario o procure que la paciente se traslade al centro de salud para ser atendida. Lo contrario, aunque le resultase más cómodo, no deja de ser un derroche de medios públicos no justificable.
3. Cuando concurren las causas justas y graves previstas en el artículo 8 del Real Decreto 1575/93, se puede hacer la

propuesta de cambio de médico a la inspección, quien si estima la petición procederá a asignar nuevo facultativo. El derecho a la libre elección de médico de cabecera no es un derecho absoluto, y en casos como el presente debe ceder en atención al derecho a la salud de doña Virtudes –como queda dicho– y en méritos del derecho de los demás ciudadanos a que no se dilapiden inútilmente ni medios, ni recursos humanos, ni un tiempo que está al servicio de todos.

4. Finalmente, la necesaria relación clínica de confianza, si bien es asimétrica (el paciente confía o «se pone más en manos de» que el médico), debe basarse en la mutua buena fe. Cuando el médico siente que es incapaz de analizar objetivamente las quejas y demandas de su paciente, porque está bajo los efectos de un bloqueo emocional o de un prejuicio que desvaloriza o desacredita lo narrado por el paciente, debe inhibirse a favor de otro facultativo. Nunca es suficiente argumento su comodidad.

#### Caso 4

La familia tiene en nuestra cultura un papel de tutela sobre el paciente gravemente enfermo. Muchas veces se deposita en ella el diagnóstico verdadero, mientras que al paciente se le comunica un diagnóstico parcial o incluso otro diagnóstico. No vamos a entrar aquí en el análisis de estas pautas culturales, que se analizan en otros artículos de esta serie. En todo caso, en esta historia la familia actúa como cancerbera del paciente. Indica bien a las claras al médico que no desea que atienda al paciente porque se ha quebrado la confianza en él a partir de un comentario de otro colega. Los esfuerzos del facultativo topan con una negativa completa y contumaz. ¿Qué hacer en esta situación? ¿Prevalecen los intereses de la familia por encima de los intereses del paciente?

El comentario que parece haber provocado la reacción familiar procede de un colega y, en principio, parece un poco defensivo y probablemente imprudente. Este tipo de problemas que implican a varios niveles asistenciales se resienten de una mala comunicación o una falta de relación entre la atención especializada y la primaria. Es obligación de cada profesional, de los equipos y las instituciones sanitarias y de los gestores y políticos promover e implementar relaciones interprofesionales que sean positivas y no dañen la atención sanitaria de los pacientes. Otro artículo de esta serie se centra en exclusiva en el tema de las relaciones entre profesionales<sup>55</sup>.

En el caso que tratamos, sea como fuere, el médico no puede físicamente entrar en el domicilio del paciente, ni contactar con éste a espaldas de la familia. En las circunstancias descritas sería un desatino llamarle por teléfono, pues la misma familia actuaría como filtro, y si el paciente respondiera, se crearía una situación muy tensa, en la que el médico podría actuar como elemento de conflicto adicional. Por consiguiente, su elección está entre aceptar las reglas de juego que le impone la familia, o bien declararse no competente en el caso y derivar a paciente y familia hacia otro médico. Esta última solución aún perjudicaría más al paciente, pues el nuevo médico podría a su vez negarse a abordar un caso tan complicado, y podría producirse entretanto un vacío de responsabilidades o de decisiones. Las preguntas formuladas más arriba quedan transformadas en una sola: ¿seguir o no seguir al lado del paciente y la familia? Y la única respuesta posible es seguir. Seguir aunque se produzcan situaciones que contravienen la autoridad tradicional del médico; pero seguir mientras no se contravenga la buena praxis. En este sentido, el médico puede marcar límites a la automedicación o a la medicación inducida por otros facultativos que

tomen parte en el cuidado del paciente, procurando de todas maneras que la familia perciba su interés por proporcionar al paciente el mejor cuidado posible.

Finalmente, ¿en qué circunstancias la familia está legitimada para tomar decisiones que afectan al paciente? Lo está cuando el paciente se encuentra en situación de incapacidad psicológica o física. Decidir cuándo un paciente está incapacitado es verdaderamente difícil, y muchas veces son las mismas circunstancias, más que un peritaje objetivo, lo que conduce a que se sustancie la tutela familiar. Cuando esta tutela familiar aparece, el médico sólo puede impugnarla ante el juez cuando perciba mala fe o actos constitutivos de delito, o cuando entienda que las decisiones son claramente desfavorables al paciente en términos de salud. Si las decisiones de la familia afectan a su orgullo y honorabilidad, pero no constituyen acciones claramente maleficientes, debe tener en cuenta el mayor beneficio para el paciente y el derecho que le asiste al no abandono, incluso en las circunstancias descritas más arriba. Dejar de ayudar a la familia, aunque ésta estuviera parcialmente equivocada, sólo sería justificable si tratamos de evitar un riesgo vital o percibiéramos que se acelera la muerte del paciente de manera no justificable. El complejo problema de las decisiones de sustitución ha sido apuntado en otros artículos de la serie de «Bioética para clínicos»<sup>56,57</sup>, aunque será objeto de un artículo exclusivo en el futuro.

Nuevamente la reflexión ética es la que debe prevalecer por encima de los sentimientos de rencor o despecho. Y esta reflexión debe indicar al médico que su orgullo va por detrás de su deber, y que su deber consiste en analizar de la manera más objetiva posible la situación clínica, favoreciendo el restablecimiento de la salud y el bienestar del paciente, aunque ello signifique perder protagonismo.

Una situación parecida ocurre cuando el paciente desea una segunda opinión, o cuando el paciente decide que sea un especialista quien lleve la voz cantante de su proceso asistencial, y quiere que el médico de cabecera ocupe el papel de mero prescriptor. Sin duda todo ello constituye un enorme reto para nuestra autoestima, pero desde la perspectiva ética solo hay un límite para negarnos a ocupar un papel secundario: el que el tratamiento prescrito por el médico designado por el paciente sea, desde nuestro punto de vista, claramente negativo para su salud. No sería suficiente razón creer que nuestra estrategia terapéutica es mejor que la propuesta por el otro facultativo, porque la voluntad expresada por el paciente o su familia, prevalece sobre la nuestra.

En conclusión:

1. No existe mala fe por parte de la familia en la quiebra de su confianza (ésta se ha generado por un comentario de un colega que parece imprudente; las opiniones sobre la profesionalidad de la intervención de otro médico no deben canalizarse en comentarios defensivos y casuales a los familiares). Por consiguiente, lo correcto es evitar los extremos: ni entrar «a cualquier precio» en el domicilio del paciente o en el ámbito de su privacidad, ni negarse a prescribir las recetas por el mero hecho de ser formuladas por otro médico. Los dos comportamientos son desafortunados. Lo más razonable es que otro médico de cabecera se haga cargo de este paciente por haberse quebrado la elemental confianza que debe presidir las relaciones entre ambos.

2. Sin embargo, parece complicado hacer esta transferencia sin causar mayores sufrimientos a la familia, por lo que resulta más apropiado ceder, aunque sea temporalmente, a las demandas de la familia y facilitar las recetas, siempre que el médico las entienda básicamente correctas y no sin

antes intentar una *interpretación de la relación*, como antes hemos indicado, técnica que puede ayudar a encauzar mejor el problema.

3. El médico debe anteponer a su orgullo y autoestima las consecuencias objetivas de sus actos. Si se negara a colaborar con la familia alegando que se le impide actuar *lex artis*, y que en definitiva él «no es secretario de otros médicos para tener que hacerles sus prescripciones», estaría priorizando su autoestima por encima de las necesidades de su paciente. Resulta más prudente proporcionar un compás de espera, dejar clara su posición, sin culpabilizar ni tensar más la relación, y en sucesivas visitas tratar de recomponer la confianza. Hablar, por ejemplo, con el servicio hospitalario puede ayudar a que éste influya sobre la familia. Hablar con un colega del caso solicitando su colaboración puede facilitar que otro médico se haga cargo del paciente. Pero en ningún caso conviene precipitar rupturas en la primera entrevista.

En definitiva, el deber de no abandonar al paciente constituye un serio reto que estará siempre presente en el ejercicio de la medicina y que exige de profesionales e instituciones sanitarias afinar y sintonizar sus actitudes, habilidades y conocimientos entablando relaciones humanizadoras que sumen en vez de restar y empleando sistemas de organización que estimulen lo mejor de los profesionales y tengan en cuenta al «otro». El desafío no va a desaparecer. Sólo podemos afrontarlo y no darle la espalda.

## Agradecimiento

Los autores agradecen las sugerencias, opiniones y comentarios expresados por Jorge Tizón, Sergio Romeo y por los miembros del Grupo Técnico y del Grupo Asesor del Proyecto de Bioética para Clínicos (Amando Martín-Zurro, Manuel González-Barón y Amalia Velázquez), así como por los integrantes del Consejo Asesor Nacional del Instituto de Bioética de la Fundación de Ciencias de la Salud no incluidos en ninguno de los grupos anteriores (Francesc Abel, Javier Elizari, Javier Gafo<sup>†</sup>, Gonzalo Herranz, Carlos Romeo-Casabona y Javier Sánchez-Caro).

## Glosario

*Colusión o complicidad en el anonimato.* Fruto de la dispersión de responsabilidades entre varios médicos, ninguno de ellos se hace responsable global de su proceso asistencial lo que resulta en una complicidad (no hay enfrentamiento entre los diferentes médicos) o colusión (hay una descarga de culpas entre ellos, pero siempre bajo el manto del anonimato).

*Conducta prosocial.* Conducta que no espera recompensa y que tiene por objetivo mejorar el bienestar de la comunidad. Engloba la conducta altruista, en la que beneficiamos a una persona concreta sin esperar recompensa, la conducta cooperante, donde sí puede existir beneficio secundario, y la donación caritativa, entre otras.

*Cuidados longitudinales.* Se entiende por cuidados longitudinales aquella actividad asistencial realizada a lo largo de los años por un profesional de la salud, sobre las mismas personas.

*Cuidados personalizados.* A diferencia de los regímenes totalitarios, caracterizados por la relación poder-súbdito, el modelo democrático implica la correlativa Administración-ciudadano sujeto de derechos. En este marco, el funcionario y, más aún, el médico prestan un servicio personal, no anónimo, y deben identificarse como responsables y garantes del servicio que prestan.

*Deber de socorro.* El llamado «deber de socorro» es el correlativo ético-jurídico de la expectativa de cualquier persona que se halle en situación de peligro a ser atendida por un tercero. Hunde su raíz última en el deber natural de solidaridad, como parte del *instinto de supervivencia*, existente entre los miembros de ese «nosotros» colectivo que es la especie humana. En las sociedades avanzadas forma parte de un ineludible deber de cooperación surgido del tácito pacto de convivencia en comunidad que se convierte en exigible jurídicamente. Nadie puede, por tanto, eludir este deber prestacional de auxilio sin poner en riesgo el sentimiento de solidaridad colectiva.

*Denegación de asistencia.* Cuando un profesional de la salud deja de atender a un paciente accidentado o en una situación clínica de urgencia vital pudiéndolo hacer.

*Derecho al no abandono.* Derecho que tiene el paciente a que el médico de su confianza continúe atendiendo a pesar de verse afligido por enfermedades estigmatizadas socialmente, o procesos que conllevan múltiples visitas en el consultorio o en régimen domiciliario, o en situaciones de extremo dolor y sufrimiento físico o psíquico.

*Dispersión de responsabilidad.* Fenómeno por el cual la obligación de prestar ayuda y la culpa de no prestarla quedan diluidas entre la multitud que observa el incidente.

*Libre elección de médico.* Capacidad del paciente de elegir a su médico conforme a la normativa que en cada momento desarrolla este derecho.

*Omisión del deber de socorro.* Cuando un ciudadano no presta auxilio a otra persona en situación de desamparo y en peligro manifiesto y grave (art. 195 del CP).

*Posición de garante.* Es el concepto jurídico cuyo contenido exige a personas determinadas el deber de evitar resultados lesivos. Esta exigencia se impone en el ámbito penal a quienes tienen una obligación legal o contractual de actuar, o cuando quien omite un cuidado haya creado una ocasión de riesgo para el bien jurídicamente protegido mediante una acción u omisión precedente (art. 11 del CP). El médico, por sus conocimientos y situación asistencial, en muchas ocasiones está en posición de garante respecto a su paciente.

*Prudencia.* Se entiende por prudencia la virtud de valorar para cada situación clínica los riesgos de actuar o no actuar. La prudencia sitúa un límite a nuestros actos basándose en el riesgo de infligir mayores daños de los que tratamos de paliar.

*Relación de ayuda.* Tipo de relación entre dos o más sujetos en la que una parte busca una ayuda de la otra, capacitada personal o profesionalmente, encaminada a obtener un beneficio o mejora de su situación física, social, emocional o espiritual y basada en un vínculo de confianza.

*Trabajo en equipo y responsabilidad individual.* El trabajo en equipo consiste en la articulación de las capacidades y habilidades de diferentes profesionales para la consecución de una mayor eficacia en la prestación de servicios sanitarios. Este trabajo en equipo crea una responsabilidad supletoria: la responsabilidad de prestar determinados servicios con una calidad mínima establecida. Esta responsabilidad afecta, en primer lugar, al director o coordinador de dicho equipo, pero por extensión al resto de sus componentes. Sea como fuere, en ningún caso disminuyen las responsabilidades individuales de los diferentes profesionales.

*Tutela familiar.* Capacidad de la familia para asumir la defensa de los derechos del paciente, siempre que el paciente delegue o esté incapacitado para ello.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Quill TE, Cassel CK Nonabandonment: a central obligation for physicians. *Ann Intern Med* 1995; 122: 368-374.
2. Ferrer J. Modelos y paradigmas de fundamentación en la bioética anglo-norteamericana. Madrid: Universidad Pontificia Comillas de Madrid, 2001 (en prensa).
3. Beauchamp TL, Childress JF. Principios de ética biomédica. Barcelona: Masson, 1999. (Traducción de Principles of biomedical Ethics [4.ª ed.]. Nueva York: Oxford University Press, 1994.)
4. Gracia D. Fundamentos de bioética. Madrid: Eudema, 1989.
5. Gracia D. La deliberación moral. *Med Clí (Barc)* 2001. En prensa.
6. Purtilo RB. Professional-patient relationship. III. Ethical issues. En: Reich WT, editor. *Encyclopedia of Bioethics* (revised edition). Nueva York: Simon & Schuster Macmillan, 1995; 4: 2094-2103.
7. Simón P, Júdez J. El consentimiento informado. *Med Clí (Barc)* 2001; 117: 99-106.
8. Muñoz Conde F. Derecho penal. Sevilla: Universidad de Sevilla, 1998.
9. Segovia Bernabé JL. El nuevo Código Penal al alcance de todos. Madrid: Popular, 1996.
10. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
11. Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud. Regula las zonas básicas, los centros de salud, los equipos de AP, sus funciones, la jornada de trabajo, la coordinación entre niveles, el personal sanitario, la provisión de vacantes, las competencias de las CC.AA.
12. Decreto 3160/1966, de 23 de diciembre del Ministerio de Trabajo, por el que se aprueba el «Estatuto Jurídico del personal médico de la Seguridad Social» (BOE n.º 312, de 30 de diciembre). Para su aplicación debe tenerse en cuenta la delegación de atribuciones a las diversas autoridades y órganos dependientes del Ministerio de Sanidad y Consumo establecidas por la Orden del 23 de octubre, rectificada por Orden de 13 de noviembre de 1986 y de la Instrucción de 31 de octubre de 1986 de la Secretaría General de Asistencia Sanitaria.
13. Decreto 1873/1971, 23 de julio, por el que se modifica el Estatuto Jurídico del Personal Médico de la Seguridad Social, que fue aprobado por el Decreto 3160/1966 de 23 de diciembre.
14. Organización Médica Colegial. Código de Ética y Deontología médica. Madrid: Organización Médica Colegial, 1999. <http://www.diarimedico.com/profession/omc.html> (visita 1 noviembre 2000).
15. Código Deontológico. Normas de ética médica. Barcelona: Consell de Col·legis de Metges de Catalunya, 1998. <http://www.comb.es/passeig/deonto/cast/home.htm> (visita 1 noviembre 2000).
16. Organización Colegial de Enfermería. Código Deontológico de la enfermería española. Madrid: Consejo General de Colegios de Diplomados de Enfermería de España, 1989. <http://www.ocenf.org/asesoria/corporal/corpora/legis/CODDEONT/codigod.htm> (visita 31 mayo 2001).
17. Howard W, Crano WD. Effects of sex, conversation, location and size of observer group on bystander intervention in a high risk situation. *Sociometry* 1974; 37: 491-507.

18. Vander Zanden JW. Manual de psicología social. Barcelona: Paidós Studio, 1986.
19. Balint M. El médico, el paciente, y la enfermedad. Buenos Aires: Libros Básicos, 1966.
20. Piliavin IM, Piliavin JA, Rodin J. Cost, diffusion and the stigmatized victim. *J Personality and Social Psychology* 1975; 32: 429-438.
21. Moscovici S. Psicología social, pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales. Barcelona: Paidós, 1986.
22. Charles Darwin. El origen del hombre. Madrid: ME Editores, 1995.
23. Wilson EO. On Human Nature. Nueva York: Penguin Books, 1978.
24. Skinner BF. Más allá de la libertad y la dignidad. Barcelona: Salvat, 1987.
25. Savater F. Ética como amor propio. Barcelona: Grijalbo-Mondadori, 1998.
26. Gracia D. Primum non nocere. Madrid. Real Academia Nacional de Medicina, 1990.
27. Gracia D. La práctica de la medicina. En: Couceiro A, editora. Bioética para clínicos. Madrid: Triacastela, 1999.
28. Laín Entralgo P. La relación médico-enfermo: Historia y teoría (2.ª ed.). Madrid: Alianza, 1983.
29. Quill TE, Brody H. Physician recommendations and patient autonomy: finding a balance between physician power and patient choice. *Ann Intern Med* 1996; 125: 763-769.
30. Brody H. The healer's power. New Haven: Yale University Press, 1992; 16-20.
31. Veatch RM. A theory of medical ethics. Nueva York: Basic Books, 1981.
32. May WF. Code, covenant, contracts, or philanthropy: various models for professional ethics are available to medicine. *Hastings Cent Rep* 1975; 5: 29-38.
33. May WF. The physician's covenant: images of the healer in medical ethics. Filadelfia: Westminster, 1983.
34. Ramsey P. The patient as person: explorations in medical ethics. New Haven: Yale University Press, 1970.
35. Pellegrino ED, Thomasma DC. For the patient's good: the restoration of beneficence in health care. Nueva York: Oxford University Press, 1988.
36. Pellegrino ED, Thomasma DC. The virtues in medical practice. Nueva York: Oxford University Press, 1993.
37. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA* 1992; 267: 2221-2226.
38. Charles C, Whelan T, Gafni A. What do we mean by partnership in making decisions about treatment? *Br Med J* 1999; 319: 780-782.
39. Pellegrino ED. Nonabandonment: an old obligation revisited. *Ann Intern Med* 1995; 122: 377-378.
40. Quill TE. A midwife through the dying process. Stories of healing and hard choices at the end of life. Baltimore: The John Hopkins University Press, 1996.
41. Epstein RE. Mindful Practice *JAMA* 1999; 282: 833-839.
42. Hundert EM, Douglas-Steele D, Bickel J. Context in medical education: the informal ethics curriculum. *Med Education* 1996; 30: 353-364.
43. Tutton PJ. Psychometric test results associated with high achievement in basic science components of a medical curriculum *Acad Med* 1996; 71: 181-186.
44. Weber M, Parsons T, editores. The theory of social and economic organization. Nueva York: The Free Press, 1947.
45. Tizón J. Componentes psicológicos de la práctica médica. Barcelona: Doyma, 1988: 167.
46. Wulff HR. The inherent paternalism in clinical practice. *J Med Philos* 1995; 21: 269-275.
47. Torio J, García MC. Valoración de la orientación al paciente en las consultas médicas de atención primaria. *Aten Prim* 1997; 20: 45-55.
48. Tizón J. Atención primaria en salud mental y salud mental en Atención Primaria. Barcelona: Doyma, 1992.
49. Wall A. Ethics and the health services manager. Londres: King Edward's Hospital Fund for London, 1989.
50. Gracia D. Consideraciones éticas de la gestión sanitaria. En: Del Llano J, Ortún V, Martín JM, Millán J, Gené J, editores. Gestión sanitaria: innovaciones y desafíos. Barcelona: Masson, 1998; 147-162.
51. Carmel S, Glick SM. Compassionate-empathic physicians: personality traits and social organizational factors that enhance or inhibit this behavior pattern. *Soc Sci Med* 1996; 43: 1253-1261.
52. Martí D, Auladell MA, Guiu MJ, Giner MJ, Mitjavila J, Borrell M. Transición de la historia clínica de papel a la informática: lo que se queda en el camino. *Aten Primaria* 2000; 26 (Supl 1): 290-291.
53. Real Decreto 1575/93 sobre libre elección médico y Circular 15/1985 (9 de octubre). Procedimiento disciplinario al personal médico de la Seguridad Social.
54. Borrell F. La entrevista clínica. Barcelona: Harcourt-Brace, 1996.
55. De los Reyes López M, Pérez Gómez JM, García Olmos P, Borrell Carrió F, Gracia Guillén D. Relaciones entre profesionales sanitarios. *Med Clin (Barc)* 2001; En prensa.
56. Simón Lorda P, Rodríguez Salvador JJ, Martínez Maroto A, López Pisa RM, Júdez Gutiérrez J. La capacidad de los pacientes para tomar decisiones. *Med Clin (Barc)* 2001; En prensa.
57. Barbero Gutiérrez J, Romeo Casabona CM, Gijón P, Júdez J. Limitación del esfuerzo terapéutico. *Med Clin (Barc)* 2001; En prensa.