

Ética y Medicina Familiar: Responsabilidad y desafíos

Directores Editores

El interés por las temáticas éticas relativas a las decisiones médicas y de salud, en general, se ha presentado en las conciencias de quienes trabajan en Salud y de la sociedad toda desde hace siglos. En las últimas décadas y, de la mano del desarrollo científico, han surgido cada vez nuevas preguntas que requieren el oportuno análisis y la acertada decisión de quienes participan, en la práctica, en las respuestas a esos dilemas¹.

La historia, desde antes del **Juramento Hipocrático** (siglo Vº aC), hasta nuestros días, ha presentado y sigue generando propuestas en torno a cómo enfrentar las cuestiones éticas en la práctica médica. A fines de la de la década del 40, en el siglo pasado, la **Declaración de Ginebra** y el **Código Internacional de Ética Médica** (Anexo 1), en concordancia también con un impulso internacional al respeto a los derechos humanos, marcaron un nuevo hito en el desarrollo de la Ética Médica.

La Medicina Familiar no está al margen de este desafío y, es más, requiere un particular análisis en su toma de decisiones, pues en su ejercicio cubre diversas áreas del ámbito médico, debiendo considerar los efectos en los **individuos, familias y comunidades** a las que sirve. El ejercicio de la Medicina

Familiar es dinámico, lo cual requiere estar preparados para hacer frente a los cambios e identificar aquello que es fundamental en cada decisión.

Este artículo pretende entregar una introducción básica, que nos invite a reconocer cómo la Ética es parte de nuestra labor diaria y cómo podemos incorporar mejor en nuestra práctica el análisis y la mejor toma de decisiones en este ámbito, por el bien de las personas a las que servimos y, también, por la propia tranquilidad. En el futuro, esperamos contar con nuevos artículos que permitan profundizar en detalle y ayudarnos a avanzar en esta materia.

DEFINICIÓN DE ÉTICA Y BIO-ÉTICA

Ética deriva del griego "**éthos**", que significa costumbre; a su vez **Moral** deriva del latín "**mos**", que significa también costumbre. En el habla corriente, ética y moral se manejan de manera ambivalente, con un significado similar. Sin embargo, en términos intelectuales, no son exactamente sinónimos, pues mientras que "la moral tiende a ser particular, por la concreción de sus objetos, la ética tiende a ser universal, por la abstracción de sus principios" (Bilberny). Hay matices y perspectivas variadas entre diversos autores, a la hora de intentar precisar los límites, las diferencias y similitudes entre ambos conceptos.

En términos concretos, se puede decir que la Ética es la disciplina teórico-práctica que estudia los comportamientos

libres de las personas, explicando metódicamente, con razones y a la luz de principios universales, por qué una acción es buena o mala (mejor o peor), correcta o incorrecta². Algunos la relacionan también con lo que uno debe o no debe hacer. No es una ciencia especulativa, sino una ciencia práctica, pues se refiere a los actos humanos. La ética se relaciona con la virtud para alcanzar el mejor y más correcto actuar de las personas y, entonces, el facilitar el camino hacia el ser virtuoso.

La palabra **Bioética** fue introducida en 1971 por Potter, un oncólogo estadounidense, como un neologismo en el idioma inglés, relacionando las Ciencias de la Vida (no sólo la Medicina) con las Humanidades. Una definición proporcionada por Diego Gracia, indica que la Bioética es una disciplina que intenta articular la dimensión técnica del acto médico con la dimensión ética de los valores, con el objeto de procurar e incrementar su corrección y calidad³.

ALGUNOS PRINCIPIOS ÉTICOS CENTRALES PARA EL ANÁLISIS

Beauchamp y Childress, en 1979, presentaron algunos principios básicos a ser considerados en los análisis éticos en el campo de la Medicina⁴:

1. de Beneficencia: procurar el bien del paciente en las intervenciones biomédicas, y, más genéricamente y más allá de la clínica médica, el de la sociedad toda. Esto implica la búsqueda de los mayores beneficios posibles, como

TEMA CENTRAL

una obligación en relación a los derechos de los pacientes, más que como una idea de caridad.

2. de No-Maleficencia: no dañar al paciente, respetando su integridad. Es una suerte de reformulación del antiguo “primero no dañar”, lo que implica el minimizar los riesgos y procurar la mayor calidad en los servicios.

3. de Autonomía: todo ser humano debe ser considerado y respetado como un agente moral autónomo, donde los sujetos ejercen su capacidad de toma de decisiones con conocimiento y sin ser coartados. Se incluye el considerar los resguardos necesarios para que en el caso de personas cuya capacidad de autodeterminación no es plena (por ejemplo, pacientes con demencia o en coma), se asegure el respeto al fondo de este principio.

4. de Justicia: se refiere a la justicia en materia de atención y servicios de salud, en general, primando la imparcialidad en la distribución de los mismos en materia social, considerando la asignación de recursos sanitarios en relación a la demanda de los mismos, evitándose todo proceder discriminatorio. Además, incluye el respeto a las condiciones acordadas con el paciente para un determinado servicio.

Estos lineamientos pueden facilitar el análisis, pero hay que recordar que no son exhaustivos y pueden llevar a un análisis reduccionista, si no se toman en cuenta otros posibles principios involucrados en la toma de decisiones.

Del mismo modo, es necesario recordar que ante una situación de salud y/o clínica específica puede haber más de un conflicto o dilema ético en la toma de decisiones. Muchas veces, es posible detectar valores, principios u objetivos en conflicto. Por ejemplo: autonomía del paciente *vs* beneficencia profesional, el mejor interés del paciente *vs* justicia

social, preservación de la vida *vs* alivio del sufrimiento, confidencialidad *vs* agilidad administrativa en toma de decisiones.

MARCOS TEÓRICO-VALÓRICOS Y ANÁLISIS ÉTICO

Indudablemente, las perspectivas de análisis utilizadas por quien (es) enfrenta (n) el conflicto ético no siempre son similares. El contexto, la cultura, la propia perspectiva de priorización de valores, los marcos teóricos e ideológicos, la historia personal varían entre unos y otros. Ello, hace muchas veces difícil el acuerdo entre distintos actores decisionales en torno a cuál es la mejor decisión ante una situación concreta de dilema ético, aún cuando los principios éticos identificados sean similares.

Thomas S. Kuhn decía que los paradigmas juegan un rol fundamental al momento de abordar una pregunta científica: “ninguna historia natural puede ser interpretada sin, al menos, algún cuerpo implícito de teorías y creencias metodológicas interconectadas que permita la selección, evaluación y crítica”⁵.

A continuación, se resumen algunos de los principales marcos teórico-valóricos que suelen influir a quienes enfrentan el análisis ético^{6,7}:

Utilitarismo⁸⁻¹¹: se centra en las consecuencias de los actos en términos de utilidades pragmáticas, idealmente medibles “objetivamente” en unidades predefinidas. Normalmente, postula en la base de sus decisiones, el lograr el mayor bienestar (que suele intentar cuantificar) para el mayor número de personas. Existe una vertiente que centra el concepto de “utilidad” en el bienestar

definido por cada individuo (“subjetivo”) y, otra, que construye tal definición a partir de grupos de expertos (“objetivo”), utilizando, por ejemplo, QALYs*, como medida que considera tal bienestar. Jeremy Bentham (1748-1832) es uno de sus precursores.

Liberalismo: se centra en los derechos y oportunidades de las personas. Los seres humanos deben ser considerados como fines en sí mismos y no como medios para alcanzar los fines de otros. Cada ser humano tendría una capacidad potencial para una “acción moral”, sustentada en reglas imparciales derivadas del razonamiento. En este campo, hay vertientes distintas, en relación a cuál es el nivel de oportunidades y protección que la sociedad debe asegurar para que cada individuo pueda desarrollarse. Immanuel Kant (1724-1804) es uno de sus precursores.

Comunitarismo: surgió, en parte, como respuesta a lo que se consideraba una mirada extremadamente individual de las otras posturas. Estima como de altísima relevancia el cómo las decisiones se dan dentro de un contexto social y cultural, en que los individuos son parte de una comunidad (o comunidades) y tienen una responsabilidad respecto a la misma. El objetivo, en este caso, es lograr una “sociedad buena”. Existen, en su interior, diversas tendencias: unas (“relativistas”), atribuyen mayor importancia a las propias decisiones de la comunidad local en la definición de “buena sociedad” y las normas para alcanzarla y, otras (universalistas), consideran que tal definición es universal, debiéndose potenciar ciertos valores y comportamientos globalmente. Desde la época de los antiguos griegos, ya existía esta línea de planteamientos.

*QALYs: Quality-adjusted life years (años ajustados por calidad de vida). Es una medida del estado de salud que asigna un peso a cada período de tiempo considerando, de acuerdo a la calidad de vida relacionada con salud durante ese período, un valor entre 0 (equivalente a la muerte) y 1 (equivalente a una salud óptima); finalmente esos valores son sumados y se obtiene el total de QALYs.

ÉTICA EN LA PRÁCTICA DE LA MEDICINA FAMILIAR

El desarrollo de la Medicina Familiar en estas últimas décadas ha estado también muy relacionado con el propio devenir de la Medicina, debiendo enfrentar conjuntamente nuevas realidades y levantándose innumerables preguntas éticas asociadas al:

1) Progreso científico: cada vez más, el conocimiento tecnológico y científico permite enfrentar desafíos más específicos, impensados hasta hace algunos años, como, por ejemplo, el transplante de órganos, la fecundación asistida, nuevas formas de control de la natalidad, entre otras.

2) Pacientes y la Exigencia de sus Derechos: progresivamente, existe un mayor acuerdo en que los pacientes (personas) deben jugar un rol protagónico en la toma de decisiones de salud y, en ese sentido, sus derechos deben ser respetados.

3) Organización de la Atención Sanitaria: los propios procesos de los sistemas de salud, sus impulsos reformistas asociados con las nuevas realidades de salubridad en cada contexto, ejercen presiones que, muchas veces, pueden poner en riesgo el sano ejercicio ético de la Medicina Familiar. Del mismo modo, la evolución de las políticas generales en muchos países y, en particular, de las sanitarias, han incorporado fuertemente perspectivas economicistas en sus decisiones, amenazando, en muchos casos, la equilibrada y ética toma de decisiones en Salud.

Es de gran importancia, tener muy en cuenta que de acuerdo a los principios de la Medicina Familiar, hay tres niveles fundamentales involucrados en el ejercicio de la disciplina: **el individual, el familiar y el comunitario**. Por lo tanto, el enfoque sistémico tiene que ser considerado en el análisis ético, recono-

ciéndose las implicancias de las decisiones en todos los niveles (perspectivas micro y macro). En ese sentido, es necesario considerar las necesidades y objetivos de salud individuales de las personas, pero también el bien colectivo familiar y comunitario, así como el de la sociedad en su conjunto. Desde esa perspectiva, el principio de **justicia social y equidad** en la acción de la Medicina Familiar como modelo para la Atención Primaria es un elemento crítico y fundamental (Figura 1).

El médico familiar suele conocer con bastante detalle las intimidades de una persona o familia, tiene un accionar longitudinal en sus vidas y cuenta con una posibilidad muy importante para educar a las personas a fin de que las mismas sean más activas en el ejercicio de sus derechos y en la participación de las decisiones de salud. Es una oportunidad.

• Situaciones de Posible Conflicto o Dilema Ético para el Médico de Familia

Diversas son las situaciones en que el médico familiar se encuentra ante dilemas éticos que deben ser resueltos en su práctica diaria, algunos comunes a la Medicina, en general, y otros, más propios de la disciplina (Tabla 1).

METODOLOGÍA DE ANÁLISIS Y RAZONAMIENTO ÉTICO

A continuación se presenta una forma ordenada para conducir el proceso de análisis y razonamiento ético. Ésta no debe considerarse como una estática o unidireccional; normalmente, los puntos relevantes se van entrelazando. Puede ser una ayuda para sistematizar mejor, cuando el médico de familia se enfrenta a un problema ético específico (Tabla 2).

Analice los siguientes casos e imagine cuál sería la mejor decisión ética en cada caso:

- 1) Acude a su consulta José, de 26 años. Desde hace 8 meses ha presentado baja de peso de aproximadamente 10 kilos, infecciones intercurrentes, fiebre escasa ocasional. En la historia, le cuenta que ha llevado una vida sexual altamente promiscua, sin protección, desde hace 5 años y que, actualmente, está con una nueva pareja sexual, desde hace 1 semana. Luego del examen físico, usted sospecha VIH/SIDA. ¿Cuál es el (los) problema/s ético/s? ¿Qué principios están involucrados? ¿Quiénes pueden afectarse por las decisiones asociadas a esta consulta? ¿Cómo maneja la confidencialidad? ¿Cómo

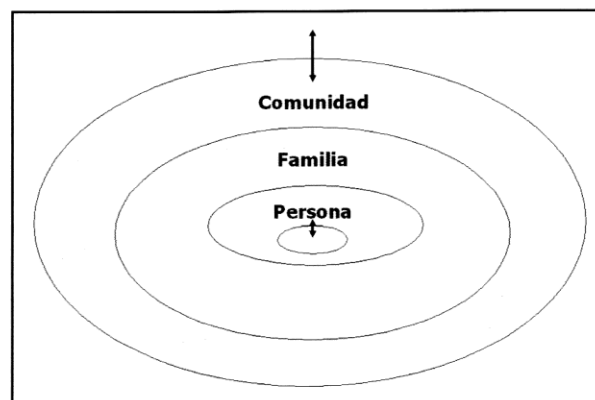


Figura 1. Diagrama. Perspectiva Sistémica y Medicina Familiar: Implicancias en el análisis ético.

TEMA CENTRAL

le afectarán a José y a su actual pareja las decisiones asociadas a esta consulta?

- 2) María (26 años) y Andrés, su hijo de 7 años, acuden a su consulta solicitando ayuda ante lo que ellos denuncian como una situación de violencia intrafamiliar (física y psicológica) reiterada por parte de la pareja de María. Usted está cansado, es el último paciente del día, pero cree que algo debe hacer. ¿Cuál es el (los) problema/s ético/s? ¿Cuáles son, a su juicio, los principios éticos involucrados? ¿Quiénes pueden afectarse por las decisiones asociadas a esta consulta? ¿Cómo maneja la confidencialidad? ¿Cómo le afectará a cada individuo de esta familia, a la familia como globalidad y a la comunidad de esta familia, las decisiones de esta consulta?

Este artículo no pretende responder estas preguntas por Ud., si no que ayudarle a reflexionar sobre este tipo de situaciones y a considerar un análisis profundo de sus decisiones, cada vez que sea necesario.

IDEAS PARA AVANZAR EN LA ÉTICA DE LA MEDICINA FAMILIAR EN CHILE

- 1) Es fundamental la adecuada **sensibilización** respecto a la necesidad de avanzar en esta área. Allí, hay una responsabilidad de todos.
- 2) Desde luego, la **capacitación y entrenamiento** en metodologías apropiadas para profundizar en el análisis de las cuestiones éticas asociadas a la práctica de Medicina Familiar es también central.
- 3) Las Escuelas de Medicina y los Departamentos de Medicina Familiar deben impulsar decididamente el abordaje de estas materias con la

Tabla 1. Potenciales Situaciones de Conflicto Ético que debe Enfrentar el Médico Familiar en su Práctica Diaria

1.- Distribución y gestión de recursos en el sistema de salud y en Atención Primaria
2.- Relación con colegas de otras especialidades
3.- Continuidad del cuidado y responsabilidad con los pacientes
4.- Relaciones con el equipo de Atención Primaria
5.- Confidencialidad y privacidad
6.- Definición de límites en la relación médico paciente (ejemplos: regalos de pacientes)
7.- Definición anticipada de futuras decisiones del paciente en Salud (reconocimiento de decisiones del paciente ante futuras eventualidades en relación a su salud)
8.- Relación con la industria farmacéutica (conflictos de intereses)
9.- Investigación: la no "utilización" de los pacientes y la integridad científica
10.- Situaciones relacionadas con fertilidad, anticoncepción y aborto
11.- Situaciones relacionadas con materias genéticas (ej.: diagnóstico y tamizaje pre-sintomático)
12.- Incompetencia de colegas (responsabilidad en la superación de problemas y eventual denuncia)
13.- Presiones económicas , por ejemplo, vinculadas a modelo de remuneración y ejercicio profesional
14.- Incompetencia para la toma de decisiones en casos específicos (reconocimiento de límites personales en el ejercicio)
15.- Relación con el " paciente difícil " (no adherencia, agresividad, somatización, etc.)
16.- Situaciones vinculadas al fin de la vida (ej.: eutanasia, suicidio médicamente asistido, etc)
17.- Respeto al consentimiento informado (incluyendo el caso del paciente pediátrico), considerando riesgos, daños, beneficios, etc
18.- ¿Qué hacer ante errores médicos ?
19.- Verdad-Honestidad en la confección de documentos médicos (ejemplo: recetas, licencias médicas, etc)
20.- Comunicación de verdades médicas al paciente (Ej.: ¿cómo el médico familiar comunica la noticia de una enfermedad grave?)

Adaptado de: Committee on Ethics. The College of Family Physicians of Canada. Julio de 1999 y Zurro AM, Cano JF Compendio de Atención Primaria. Harcourt, Madrid, 2000.

Tabla 2. Metodología de Análisis y Resolución de Problemas Éticos en la Práctica de la Medicina¹²

1.- Identificación y articulación de la cuestión ética o dilema que se enfrenta. En este punto, se identifican valores involucrados y cómo éstos están siendo amenazados o favorecidos en una situación de cierta tensión o conflicto ético
2.- Recolección de toda la información relevante asociada al problema
3.- Análisis de la información en relación al problema ético y al contexto específico
a) Consideración de los principios éticos involucrados (momento deontológico) y cómo cada uno se ve afectado con las posibles decisiones
b) Consideración de las posibles consecuencias (consideración teleológica) de cada potencial acción
4.- Toma de Decisión
5.- Priorización de recomendaciones con la pertinente argumentación de apoyo
6.- Implementación de las recomendaciones
7.- Evaluación de la aplicación de las recomendaciones y seguimiento

Basada en: Committee on Ethics. The College of Family Physicians of Canada. Julio de 1999 y Pace R. Ética. En: Rubinstein A. et al (editores). Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires, 2001.

- seriedad, continuidad y relevancia que ameritan. **Establecer espacios curriculares** específicos para ello, así como el incorporar la temática ética desde una perspectiva transversal en toda la formación, son pasos fundamentales.
- 4) La enseñanza y aprendizaje de Ética en Medicina Familiar debieran centrarse en conductas que **reflejen los valores, actitudes y el rigor que se espera de un médico familiar de excelencia.**
 - 5) La **evaluación progresiva** de conocimientos, actitudes y habilidades expresadas en la acción diaria como médicos familiares es muy importante.
 - 6) Dar adecuada **prioridad a las temáticas éticas en los Centros de Salud y lugares donde se desempeñan el Médico Familiar y los equipos de Salud.** El establecimiento de **comités de ética en Atención Primaria**, con participación interdisciplinaria, pudiera favorecer la sistematización y apoyo del desarrollo de este ámbito y la búsqueda de soluciones integrales a problemas éticos de la práctica.

- 7) Tal vez, lo más importante, sean la **coherencia en el comportamiento de cada uno, el análisis personal de las conductas y el esfuerzo sistemático por mejorar**, por trabajar con excelencia a favor de nuestros pacientes, familias y comunidades.

Esperamos haber promovido el interés de nuestros lectores en las temáticas Éticas en Medicina Familiar y estimularles a continuar avanzando en este camino, buscando las mejores respuestas en su práctica diaria para el desarrollo de un modelo de Salud Familiar que contribuya a mejorar el nivel de salud en Chile. Les invitamos a reflexionar y generar propuestas en sus lugares de trabajo al respecto y esperamos contar con artículos adicionales para seguir profundizando y compartiendo nuevas perspectivas sobre esta temática.

REFERENCIAS

- 1.- GRACIA D. Procedimientos de decisión en ética clínica, EUDEMA, Madrid, 1991.
- 2.- ZURRO A M, CANO J F. Compendio de Atención Primaria. Harcourt, Madrid, 2000.
- 3.- PACE R. Ética. En: Rubinstein A. et al (editores). Medicina Familiar y Práctica

- Ambulatoria. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires, 2001.
- 4.- BEUCHAMP T L, CHILDRESS J F. Principles of biomedical ethics. (3.ª ed.). Nueva York: Oxford University Press, 1989.
 - 5.- KUHN T S. The Structure of Scientific Revolutions. University of Chicago Press 1962.
 - 6.- JENNINGS B. Frameworks for Ethics in Public Health. Acta Bioethica 2003; año IX (2): 165-76.
 - 7.- ROBERTS M, REICH M. An Introduction to Ethical Analysis in Public Health. The Lancet, forthcoming. Boston, Ma: Harvard School of Public Health, 2002.
 - 8.- SMART J J. An Outline of a System of Utilitarianism Ethics. In: (Smart J J C and Williams B.) Utilitarianism For and Against. Cambridge University Press 1973; 9-57.
 - 9.- SINGER P. Rich and Poor. In Practical Ethics. (Peter Singer) Cambridge University Press 1979.
 - 10.- RAWLS J. Casting QALYS. Journal of Medical Ethics 1989; 15: 143-7.
 - 11.- MURRAY C J L. Rational Approaches to Priority Setting in International Health. Journal of Tropical Medicine and Hygiene, 1990.
 - 12.- Committee on Ethics. The Collage of family Physicians of Canada. Julio de 1999.

Anexo 1. Código Internacional de Ética Médica

Deberes de los médicos en general

El médico debe mantener siempre el más alto nivel de conducta profesional.

El médico no debe permitir que motivos de ganancia influyan el ejercicio libre e independiente de su juicio profesional de sus pacientes.

El médico debe en todos los tipos de práctica médica, dedicarse a proporcionar un servicio médico competente, con plena independencia técnica y moral, con compasión y respeto por la dignidad humana.

El médico debe tratar con honestidad a pacientes y colegas, y esforzarse por denunciar a los médicos débiles de carácter o deficientes en competencia profesional, o a los que incurran en fraude o engaño. Las siguientes prácticas se consideran conducta no ética:

- a) la publicidad hecha por el médico, a menos que esté autorizada por la leyes del país y el Código de Ética Médica de la asociación médica nacional.
- b) el pago o recibo de cualquier honorario u otro emolumento con el solo propósito de obtener un paciente o recetar, o enviar a un paciente a un establecimiento.

El médico debe respetar los derechos del paciente, de los colegas y de otros profesionales de la salud, y debe salvaguardar las confidencias de los pacientes.

El médico debe actuar sólo en el interés del paciente cuando preste atención médica que pueda tener el efecto de debilitar la condición mental y física del paciente.

El médico debe obrar con suma cautela al divulgar descubrimientos o nuevas técnicas, o tratamientos a través de canales no profesionales.

El médico debe certificar sólo lo que él ha verificado personalmente.

Deberes de los médicos hacia los enfermos

El médico debe recordar siempre la obligación de preservar la vida humana.

El médico debe a sus pacientes todos los recursos de su ciencia y toda su lealtad. Cuando un examen o tratamiento sobrepase su capacidad, el médico debe llamar a otro médico calificado en la materia.

El médico debe guardar absoluto secreto de todo lo que se le haya confiado, incluso después de la muerte del paciente.

El médico debe prestar atención de urgencia como deber humanitario, a menos de que esté seguro que otros médicos pueden y quieren prestar dicha atención.

Deberes de los médicos entre sí

El médico debe comportarse hacia sus colegas como él desearía que ellos se comportasen con él.

El médico no debe atraer los pacientes de sus colegas.

El médico debe observar los principios de la "Declaración de Ginebra", aprobada por la Asociación Médica Mundial.

Declaración de Ginebra

Adoptada por la 2ª Asamblea General de la AMM, Ginebra, Suiza, septiembre 1948

y enmendada por la 22ª Asamblea Médica Mundial, Sydney, Australia, agosto 1986

y la 35ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre 1983

y la 46ª Asamblea General de la AMM, Estocolmo, Suecia, septiembre 1994

En el momento de ser admitido como miembro de la profesión médica:

Prometo solemnemente consagrar mi vida al servicio de la humanidad,

Otorgar a mis maestros el respeto y gratitud que merecen,

Ejercer mi profesión a conciencia y dignamente,

Velar ante todo por la salud de mi paciente,

Guardar y respetar los secretos confiados a mí, incluso después del fallecimiento del paciente,

Mantener incólume, por todos los medios a mi alcance, el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica,

Considerar como hermanos y hermanas a mis colegas,

No permitiré que consideraciones de afiliación política, clase social, credo, edad, enfermedad o incapacidad, nacionalidad, origen étnico, raza, sexo o tendencia sexual se interpongan entre mis deberes y mi paciente,

Velar con el máximo respeto por la vida humana desde su comienzo, incluso bajo amenaza, y no emplear mis conocimientos médicos para contravenir las leyes humanas,

Hago estas promesas solemne y libremente, bajo mi palabra de honor.

Adoptado por la 3ª Asamblea General de la AMM, Londres, Inglaterra, octubre 1949 y enmendado por la 22ª Asamblea Médica Mundial, Sydney, Australia, agosto 1968 y la 35ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre 1983.