

### Resumen

La Bioética intenta articular la dimensión técnica del acto médico con la dimensión ética o de los valores. Surge en el contexto de los continuos avances científicos tecnológicos y de pensamiento que plantean nuevos problemas éticos sobre la valoración y los límites en la práctica médica. El fundamento en el razonamiento ético es que las personas son un fin en sí mismo (y no un medio) y, por lo tanto, tienen dignidad y no precio.

Existen cuatro principios éticos que deben cumplirse en la práctica médica: los de no maleficencia, justicia, autonomía y beneficencia. Los dos primeros se ubican en un nivel superior y tienen más importancia cuando se analizan conflictos entre los mismos.

Ante los conflictos éticos siempre es conveniente seguir algún procedimiento de deliberación, que incluye: 1) Presentación del caso por la persona responsable de tomar la decisión, 2) Discusión de los aspectos médicos de la historia, 3) Identificación de los problemas morales que presenta, 4) Identificación del problema que le preocupa y quiere discutir el presentador del caso, 5) Identificación de los cursos de acción posibles, 6) Deliberación del curso de acción óptimo, 7) Decisión final, 8) Argumentos en contra de la decisión y argumentos en contra de los argumentos, que estaríamos dispuestos a defender públicamente.

Esta deliberación debería ser puesta en práctica ante cada paciente. Ante los conflictos éticos siempre es conveniente seguir algún procedimiento, sea este u otro. Cuando la complejidad del caso lo amerita es aconsejable consultar con un comité de bioética.

La medicina de atención primaria maneja hechos y valores de mayor amplitud y complejidad que los otros niveles de atención incluyendo los valores de un contexto y de una matriz social y cultural. El médico debe tomar conciencia de su propia tabla de valores y la de sus pacientes para que, ante un conflicto, ético o no, pueda encontrar la mejor manera de solucionar el problema sin adoptar posturas paternalistas e incluyendo al paciente en la toma de decisión final.

### Abstract

Bioethics attempts to articulate the technical dimension of medical acts with the ethical dimension of values. It arises in the context of ongoing technological and scientific advances that brings new ethical problems. A cornerstone in ethical reasoning is that people are an end in itself (and not a means) and, therefore, have dignity and not price.

There are four ethical principles to be observed in medical practice: the non-maleficence, justice, autonomy and beneficence. The first two are located at a higher level and have more importance when analyzing conflicts between them. Given an ethical conflict it is always advisable to follow a procedure of deliberation, which includes: 1) Presentation of the case by the person responsible for making the decision (the speaker), 2) Discussion of medical aspects of history, 3) Identification of the presented moral problems, 4) Identification of the problem of concern to the speaker 5) Identification of possible courses of action, 6) Deliberation of the optimal course of action, 7) final decision 8) Arguments against the decision and Arguments against the arguments that we would be willing to defend publicly.

This discussion should be implemented with each patient. Given an ethical conflict is always advisable to follow any procedure, whether this or another. When the complexity of the case warrants it, it is advisable to consult a bioethics committee.

The primary care medicine manages facts and values of greater scope and complexity than presented on other levels of care including the values of the context and the social and cultural matrix. The physician should be aware of its own table of values and the ones of their patients so that, when facing a conflict, ethical or not, he can find the best way to solve the problem without incurring on paternalistic postures but including the patient in making final decision.

**Palabras clave:** bioética, atención primaria de la salud. **Key words:** bioethics, primary care medicine.

Pace R y De Vas Y. Bioetica. Evid Act Pract Ambul. Abr-Jun 2012;15(2): 66-70.

### Introducción

La moral es el conjunto de comportamientos y normas que aceptamos como válidos, en tanto que la ética es la reflexión sistemática acerca de los motivos por los que aceptamos la validez de esas normas y comportamientos, y las comparamos con otras morales diferentes<sup>1</sup>. Por eso, la ética es la dimensión de la filosofía que reflexiona sobre la moralidad.

La preocupación por los problemas éticos de la medicina es tan vieja como la civilización occidental. Sin embargo a lo largo de casi toda su historia, la ética ha utilizado el mismo paradigma, que frente a tantos cambios importantes, tanto tecnológicos como de pensamiento, ha quedado insuficiente.

La ética clásica defendió siempre la existencia de un código único, es decir, unas tablas de deberes a las cuales todas las personas tenían que ajustarse, y quienes se comportaran de

un modo diferente debían ser castigados, lo que fundamentó atrocidades tales como la Inquisición. La ética médica no escapaba a ese contexto. Durante casi toda la historia de la medicina occidental se utilizó también un código único para tratar los problemas éticos con los pacientes, y estos códigos, por supuesto, eran impuestos por los propios médicos, quienes desde su perspectiva y valores, juzgaban los problemas de los pacientes sin contar con su participación y opinión al respecto, ya que el médico era quien creía que sabía qué era lo mejor para su paciente, utilizando un criterio que ahora denominamos "beneficencia".

Un exponente maravilloso de toda esa época es el Juramento Hipocrático, del que actualmente y sin restarle mérito, podemos decir que como mínimo, es insuficiente. El concepto de libertad y de autolegislación, como derecho humano fundamental, llega bastante tarde en la historia, en 1789 con la Revolución Francesa, y como consecuencia de ello, surge la primera

\* Comité de Bioética del Hospital Italiano de Buenos Aires. Departamento de Humanidades del Instituto Universitario Hospital Italiano. rosina.pace@hiba.org.ar

\*\* Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires. Gerencia Médica del Plan de Salud del Hospital Italiano de Buenos Aires. yamila.devas@hospitalitaliano.org.ar

Declaración de los Derechos Humanos<sup>2</sup>. Muchos años después, en 1945, junto al nacimiento de la Organización de las Naciones Unidas (ONU)<sup>3</sup> el concepto de derechos humanos se universaliza y alcanza un reconocimiento jurídico internacional. En 1947, como resultado de los horrores cometidos en estudios experimentales en seres humanos durante la segunda guerra mundial se impulsó la redacción de una serie de códigos internacionales para regular la investigación en humanos, el primero de ellos fue el llamado Código de Núremberg<sup>4</sup>, que estableció por primera vez la obligatoriedad del consentimiento voluntario del paciente para participar en cualquier investigación. En 1948 la asamblea de la ONU proclamó la Declaración Universal de los Derechos Humanos y el mismo año el juramento Hipocrático se actualizó con la Declaración de Ginebra<sup>5</sup>, creando un documento con la misma función, pero más actualizado y teniendo en cuenta las experiencias médicas vividas años anteriores. Este documento, que sufrió varias correcciones con el correr de los años, es el que se usa actualmente como juramento de deberes éticos en el egreso de algunas facultades de medicina en la Argentina. Años más tarde, en 1964, la Asociación Médica Mundial promulgó la Declaración de Helsinki<sup>6</sup>, un documento basado en el código de Nuremberg, detallando sus puntos y agregando otros principios éticos que actualmente se usan como guía para médicos y otras personas que realizan investigación en seres humanos.

Sin embargo, la primera Declaración de los Derechos de los Pacientes<sup>7</sup> data de 1969 y en Argentina recién a fines del año 2009 se promulgó la ley 26.529 de Derechos de los Pacientes en Relación con los Profesionales o Instituciones de la Salud<sup>8</sup>.

Como es fácil imaginar, cambios conceptuales de este tipo, pusieron en crisis el tradicional paradigma de la ética médica, ya que los mismos problemas necesitan de soluciones diferentes y la nueva tecnología aplicada a la medicina ha creado una infinidad de problemas nuevos. Es así como a partir de todo lo sucedido, surge la bioética moderna que, en sus pocos años de vida, ha tenido una gran repercusión.

## Definiciones

La palabra bioética es un neologismo que introdujo al idioma inglés en 1971, un oncólogo llamado Potter<sup>9</sup>, quien en realidad no pensó exclusivamente en la medicina sino en todas las ciencias de la vida y la imaginó como un puente entre estas y las humanidades. La bioética surge en el contexto de los continuos avances científicos, tecnológicos y de pensamiento y de la progresiva conciencia de los derechos humanos y sus violaciones. Esta revolución biológica y tecnológica sumada a la nueva conciencia de autonomía de las personas presenta nuevos problemas éticos en todas las ciencias de la vida. De las ramas de la bioética, en este capítulo nos referiremos a la bioética clínica.

Existen muchas definiciones de bioética. Diego Gracia<sup>10</sup> la define como la disciplina que intenta articular la dimensión técnica del acto médico con la dimensión ética o de los valores, con el objeto de aumentar su corrección y calidad. A lo largo de este capítulo trataremos de demostrar que esto es posible y que puede hacerse racionalmente, a pesar de que lo primero que se tiende a pensar es que, por tratarse de una cuestión de valores, no puede hacerse un análisis racional y sistemático.

Los médicos estamos acostumbrados a tratar con mucha solvencia las cuestiones técnicas, o sea, las cuestiones de los

hechos, pero nadie nos ha enseñado a tratar las cuestiones de los valores.

## Hechos

En la filosofía de la ciencia se han hecho tremendos esfuerzos para explicar qué son los hechos. Nosotros obviaremos las definiciones y trataremos de transmitir su significado mediante ejemplos. Podemos decir que son hechos todo lo que, directa o indirectamente, somos capaces de percibir a través de nuestros sentidos. Por ejemplo, es un hecho que tal o cual paciente tenga una masa hepática, un determinado hematocrito, una tomografía que muestra cierto hallazgo, una determinada tensión arterial, etc.; o que algún otro paciente haya presentado una serie de síntomas y signos que hacen suponer la existencia de determinado cuadro psicossomático.

## Valores

Con los valores pasa lo mismo, si bien es difícil definirlos, son muy fácilmente identificables. Hay valores estéticos, éticos, lógicos, religiosos, económicos, etc. La vida de las personas gira en torno a ellos. Nos enamoramos, luchamos y hasta morimos por nuestros valores, todos hablamos de valores, de nuestras tablas de valores, de nuestros principios y de los valores diferentes. Cada cultura tiene su propio conjunto de valores, estable o no, y los cambios pueden producirse en forma rápida o gradual. Muchas veces a lo largo de la historia han existido culturas particulares que pretendieron imponer valores universales a otras culturas menos fuertes; y esto no debe ser así ya que todas las escalas de valores deben tener una base en común que es el reconocimiento a la dignidad del hombre y sus derechos.

Si asumimos estas definiciones, podemos entender que la medicina ha vivido equivocada, ya que nunca fue una costumbre el tener en cuenta los valores a la hora de la toma de decisiones. Lo que ocurre es que siempre se creyó que, en las cuestiones de hechos, las decisiones son más seguras y, en cambio, se entra en un terreno resbaladizo cuando se trata de cuestiones de valor. Ninguna de las dos suposiciones son tan ciertas y la bioética intenta determinar de qué manera se introducen estas cuestiones en las decisiones médicas.

## Decisiones médicas basadas en estadísticas

En medicina se trabaja con probabilidades, por eso, los niveles de certeza surgen básicamente de datos estadísticos. La certeza estadística va de 1 a 100% pero aspirar al máximo valor de certeza en el campo médico es prácticamente imposible. Esto demuestra que, a diferencia de lo que se cree, las decisiones en el campo de los hechos no son tan seguras como parecen.

*Ejemplo 2:* frente a una paciente del sexo femenino con poliositosis, artritis, eritema en alas de mariposa nadie puede afirmar categóricamente que padece un Lupus eritematoso sistémico. Sólo podemos decir que existe una alta probabilidad de que se trate de dicha enfermedad. Se tratará, entonces, de pesquisar otros síntomas, signos o datos de laboratorio con el objetivo de afirmar o descartar dicho cuadro (ajustar la probabilidad).

Gracias a la teoría de la decisión racional, llegamos a la conclusión que en cuestiones de hechos no se puede aspirar a mayores certezas que las que enunciamos anteriormente, lo que no significa que no sean válidas y racionales, pero debe quedar claro que estas no proporcionan mayor seguridad que las cuestiones de valor.

### Certezas de valor

Con respecto a las cuestiones de valor, haciendo un análisis parecido, podemos llegar a conclusiones con una gran dosis de certeza y de racionalidad. Estas cuestiones son necesarias en los procedimientos de decisión con el fin de obtener resultados de calidad.

Contrariamente a lo que se había pensado siempre, la resolución de las cuestiones morales no debe hacerse, únicamente, sobre la base de opiniones, sino debe ser producto de una elaboración intelectual que requiere el aprendizaje de un método para enfocar el problema adecuadamente.

### **Propuesta metodológica para tratar problemas éticos**

En bioética, cualquier método debería ser capaz de proporcionar soluciones pluralistas, civiles, racionales y no directamente religiosas (aunque muchas veces se necesite recurrir a opiniones de especialistas).

Desde que surgió la bioética se han propuesto muchos métodos, cada uno de los cuales se fundamenta en posturas filosóficas que dependen del contexto histórico, social y cultural en el que han sido gestados.

Diego Gracia refiere que el procedimiento de toma de decisiones en cuestiones éticas no puede consistir en una ecuación matemática, sino en el análisis cuidadoso y reflexivo de los principales factores implicados, procedimiento que se conoce con el nombre de "deliberación". Ante un paciente concreto hay una deliberación clínica y una deliberación ética. Esta última no siempre es sencilla y algunos profesionales, a veces por inseguridad o temor, la consideran innecesaria o sin importancia (creen saber la respuesta de antemano y sin necesidad de la deliberación). Cuando las personas se hallan dominadas por emociones inconscientes no deliberan las decisiones que toman, sino que deciden de manera automática y estas emociones los llevan a tomar posturas extremas, de aceptación o rechazo totales.

La deliberación busca analizar los problemas en toda su complejidad, ponderando tanto los principios y valores implicados como las circunstancias y consecuencias del caso, permitiendo identificar todos o, por lo menos, la mayoría de los cursos de acción. La deliberación es en sí un método, un procedimiento que, para ser correcto, debería cumplir con los siguientes puntos: 1) Presentación del caso por la persona responsable de tomar la decisión, 2) Discusión de los aspectos médicos de la historia, 3) Identificación de los problemas morales que presenta, 4) Identificación del problema que le preocupa y quiere discutir el presentador del caso, 5) Identificación de los cursos de acción posibles, 6) Deliberación del curso de acción óptimo, 7) Decisión final, 8) Argumentos en contra de la decisión y argumentos en contra de los argumentos, que estaríamos dispuestos a defender públicamente.

Esta deliberación debería ser puesta en práctica ante cada paciente. Ante los conflictos éticos siempre es conveniente seguir algún procedimiento, sea este u otro. Cuando la complejidad del caso lo amerita es aconsejable consultar con un comité de bioética.

Antes mencionábamos que la bioética intenta articular la dimensión técnica de la medicina con la dimensión ética o de los valores. Como los problemas éticos son conflictos de valor, es necesario tener una base precisa de los hechos o de la técnica (por ejemplo, una buena historia clínica) ya que cuanto más claros estén estos hechos, con mayor precisión podrán identificarse los problemas de valor.

Uno de los puntos más complejos en el tratamiento de los problemas éticos es la deliberación sobre los cursos de acción, que deberían ser analizados siempre en dos fases: tomando en cuenta los principios éticos y, luego, las consecuencias previsibles. Sin embargo, hay corrientes que solo toman las decisiones éticas en base a los principios éticos, y otras solo en base a las consecuencias, en el medio de ambas posturas extremas están los que aplican los principios deontológicos formulados universalmente, pero consideran que todo principio tiene sus excepciones, que se justifican por las circunstancias del caso y las consecuencias previsibles. Así es que las éticas anglosajonas son más utilitaristas o consecuencialistas, y las derivadas de la tradición europea, como la nuestra, creen posible hallar algún tipo de principio muy fuerte en el cual fundamentar su curso de acción.

Estas diferencias no son irreconciliables, pero es necesario tenerlas en cuenta a la hora de analizar los diferentes caminos a través de los cuales se resuelven los problemas y es importante recordar que mientras nuestra tradición es latina, nuestra principal fuente de información médica es norteamericana, lo que crea, a veces, algunos problemas de comprensión que no son insalvables.

### **El razonamiento ético**

#### El marco

Desde que en el siglo XVIII Kant formuló su famoso imperativo categórico en el que afirmó que las personas son un fin en sí mismo (y no un medio) y que, por lo tanto, tienen dignidad y no precio, la humanidad dio un paso sin retorno. Esta formulación fue tan importante que fue fundamento de las argumentaciones en contra de la esclavitud y uno de los precedentes importantes de la declaración de los derechos del hombre. Ha hecho que todas nuestras acciones deban ser contrastadas con ese patrón de medida y que todo lo que no lo respete pueda considerarse, sencillamente, inmoral. Esto significa, nada más y nada menos, los límites por fuera de los cuales no se considera ético estar. Es decir, que todo lo que no respete a las personas como tales está violando ese marco tan importante. Este es el fundamento y el marco para todos nuestros razonamientos éticos. Es muy útil hacer un ejercicio mental y contrastar nuestras decisiones médicas con dicho marco. Por ejemplo, no dar información adecuada y suficiente como para que el paciente tome una decisión correcta, lo que durante muchísimo tiempo ha venido sucediendo. O lo que es peor, informar determinada noticia a un familiar, antes que al propio interesado (lo cual ha sido un hábito). O mentir, lisa y llanamente, desde nuestra creencia de que es lo mejor para el paciente.

Actualmente la mentira piadosa y lo que se llama privilegio terapéutico, es decir ocultar la verdad, debería estar reservado sólo para muy contadas excepciones. Así, buscando entre las actitudes médicas, encontraremos muchos ejemplos de la falta de respeto por la dignidad de las personas, problemas que poco a poco deberíamos ir solucionando.

Sin embargo, el respeto por este marco no deja de presentar problemas en medicina. Nadie puede dudar que un señor que viene caminando y entra al consultorio después de su día de trabajo es una persona y, por lo tanto, digno de respeto y digno de ser tratado como un fin en sí mismo. Eso no plantea demasiados problemas. Otro tipo de problemas se presentan frente a situaciones en las que se puede dudar de la condición de persona. Por ejemplo: ¿es el embrión una persona?; ¿son personas los sujetos en estado vegetativo permanente?; ¿cuándo

se comienza a ser persona y cuándo y en qué situaciones se deja de serlo? Si se trata de una persona merece absoluto respeto, si no lo es, el tratamiento puede ser distinto. Si bien estas son situaciones problemáticas para las que no hay una respuesta unívoca, es conveniente, para no simplificar los problemas, mencionarlas de todos modos.

#### El momento deontológico

Un segundo escalón en el razonamiento ético es lo que se llama momento deontológico. Es decir, pensar si existen principios básicos y amplios a los que estemos obligados a respetar. La respuesta es sí. Desde Beauchamp y Childress<sup>13</sup>, en medicina clínica se utilizan cuatro principios básicos que, si bien tienen aspectos criticables, son muy operativos. Estos dos autores plantean que los problemas éticos de la práctica clínica se pueden agrupar en torno a estos cuatro principios que son los que se describen a continuación en forma resumida.

#### Principio de no maleficencia

Es la reformulación del antiguo "primero no dañar". En un sentido más fuerte podríamos decir, probablemente, que en medicina es mucho más importante no hacer mal que hacer bien. Siempre hay que minimizar los riesgos. Es preciso destacar que ser fiel a este principio implica brindar a los pacientes una medicina de gran calidad y, como ya se dijo, adecuada a los tiempos en que vivimos. Es probable que la medicina basada en la evidencia intente ser una buena opción de aquello a lo que debemos aspirar.

*Ejemplo: una determinada práctica de rastreo no debería implementarse en la población general hasta que no se demuestre que no genera más daños que beneficios.*

#### Principio de justicia

Se refiere a la imparcialidad en la distribución o, dicho de otra manera, que todos los que son iguales deben ser tratados de la misma manera. La justicia sanitaria es un tema largo y apasionante, muy relacionado con el concepto de justicia impenetrante en cada sociedad. Los criterios de justicia en salud deben ser resorte de las organizaciones supraindividuales o institucionales. Deben ser claros, públicos y transparentes para que, dentro de un determinado sistema de salud, el médico pueda tomar decisión como tal y no como juez. Es decir, el médico no debe hacer justicia por mano propia sino adecuarse a criterios explicitados previamente.

*Ejemplo: los criterios de admisión a las unidades de cuidados intensivos.*

#### Principio de autonomía

La autonomía es la capacidad que tienen los sujetos de tomar decisiones con conocimiento y sin coacción. En un sentido más amplio, es la capacidad de autolegislarse y de gestionar por sí mismos sus ideales del bien. Quizá sea lo más revolucionario en la relación médico-paciente. Ya no se considera bueno a aquel que es "paciente y sumiso". En la situación actual el sujeto más activo, más participativo y más autónomo enriquece y agrega calidad a la relación clínica. Este principio se operativiza con el proceso de consentimiento informado.

*Ejemplo: respeto de la decisión de los Testigos de Jehová de rechazar las transfusiones de sangre.*

Tanta es la revolución en este sentido, que la palabra paciente ha dejado de ser la más adecuada, ya que la relación clínica ha

cambiado y también la medicina ha cambiado sus fines (p.ej., en las consultas de prevención, los que acuden a la consulta no son sujetos enfermos).

#### Principio de beneficencia

El concepto de la beneficencia en medicina ha cambiado. Si antes se la consideraba como caridad, ahora adopta un sentido más importante de obligación de maximizar los beneficios. Con un límite impuesto por la propia autonomía del sujeto, el que decide hasta dónde algo es beneficioso para él, es el mismo paciente. La medicina arrastra problemas importantes generados por un concepto mal entendido de beneficencia en el contexto de un paciente con autonomía reducida, lo que ha llevado a abusos denominados paternalistas. *Ejemplo de paternalismo: el médico oculta información con el pretendido objetivo de no dañar, o cuando aconseja con frases como "si fuera mi padre, haría tal o cual cosa", etc.*

#### **Ordenamiento jerárquico de los principios**

Cuando Beauchamp y Childress<sup>13</sup> aplicaron estos principios para el manejo de los problemas éticos en la medicina clínica les adjudicaron igual nivel, es decir, asumieron que ninguno era más importante que otro y que la jerarquización de los mismos sería en función de las mejores consecuencias que implicaran.

Diego Gracia<sup>15,16</sup>, hace una crítica importante a este ordenamiento ya que piensa que, en realidad, existen dos niveles de principios. Considera que los de no maleficencia y justicia están en un nivel superior que los de autonomía y beneficencia, por lo tanto los dos primeros serían más vinculantes y de mayor peso que los segundos, cuando existe un conflicto entre los principios.

De hecho, la no maleficencia y la justicia están, respectivamente, protegidas por los códigos penales y civiles. Dicho de otra manera, las sociedades consideran que, de alguna manera, es importante garantizar su cumplimiento, siendo deberes públicos a los cuales estamos obligados coactivamente. Más recientemente y como hemos mencionado en la introducción de este capítulo, se ha hecho una obligación de orden público el respeto a la autonomía de las personas. *Por ejemplo, aunque un paciente solicite la eutanasia y el médico esté de acuerdo en realizarla, no podrá llevarla a cabo en un país donde está prohibida.*

De cualquier modo, las sociedades siempre están revisando qué cosas consideran maleficientes y que no.

*Por ejemplo, antes se condenaba la ligadura de trompas en una mujer aunque ella lo requiriera y actualmente la mujer puede pedirlo como método anticonceptivo definitivo.*

#### **El momento teleológico o de la experiencia**

Otro de los pasos frente a un problema es la consideración teleológica o de las consecuencias. Se trata de evidenciar todos los posibles cursos de acción que permite ese problema planteado y elegir aquel que reporte una maximización de los beneficios, es decir, elegir la mejor solución.

Algunas veces, frente a las consecuencias y en vista de los mejores resultados, podemos, incluso, hacer alguna excepción a los principios. En estos casos debemos, obviamente, justificar muy bien nuestro proceder.

Es en este punto donde algunas veces es útil contar con un Comité de Bioética. Este comité es un grupo heterogéneo de personas (de diferentes profesiones y competencias) que trata de ser pluralista y representativo de la sociedad y de ver más alternativas que las que vería un médico solo o un grupo de la

misma especialidad, a causa de que, generalmente, comparten las formas de abordar los problemas (sesgos). Cuando el médico u otro efector de la salud considera que más personas y diferentes puntos de vista aportarían luz al problema es el momento de consultar a un Comité de Bioética.

### La toma de decisión

Para solucionar el problema en cuestión se debe elegir la mejor alternativa entre las encontradas, es decir, aquella que maximice los beneficios tratando de respetar los principios todo lo que sea posible. El último paso, con el objetivo de ver si resiste esa prueba, consistiría en confrontar la decisión tomada con el marco de referencia, es decir, verificar que esa decisión respete a la persona y la trate como un fin en sí mismo

### La ética en la atención médica primaria

La medicina de atención primaria se diferencia de otras ramas de la medicina porque en ella la relación médico paciente suele ser prolongada y el médico conoce, mucho más que otros profesionales, el contexto del paciente, sus intimidades y las de su familia y, a diferencia de otras especialidades, la consulta médica no siempre es por una enfermedad (por ejemplo, un sujeto sano que consulta por prevención). En esta especialidad no se trabaja tanto pensando en el corto plazo sino más bien en el largo plazo, y no siempre se tratan problemas puntuales sino que el manejo del paciente es global e integral. Todas estas características le dan un matiz diferente a la relación médico-paciente, enriqueciéndola y, a veces, complicándola. La relación longitudinal en el tiempo hace que el médico se transforme en un educador de sus pacientes y sus familias, incluso en sus derechos como pacientes y en hacerlos sujetos más activos, participantes de las decisiones médicas. Entonces, resulta evidente que la medicina de atención primaria maneja hechos distintos que la medicina en otros niveles de atención, y también un mundo de valores de mayor amplitud y complejidad. Los valores a analizar y a incluir en la toma de decisiones no son solo los del individuo, sino los de un contexto y los de una matriz social y cultural.

Como ya hemos mencionado en este capítulo, la bioética incorpora los valores a la práctica médica, para esto, primero es indispensable tomar conciencia como médicos de nuestra

propia tabla de valores, y luego de la de los pacientes, para que ante un conflicto, ético o no, se consideren y jerarquicen los distintos valores en juego y se intente resolver el conflicto que se establezca entre ellos y finalmente incluirlos en la toma de decisión final. Es indispensable que el médico tome conciencia de esto, ya que es la única forma de encontrar y entender qué es lo mejor para su paciente y poder evitar las posturas paternalistas. Actualmente, el clásico principio de "no dañar"<sup>17</sup> no se refiere solamente al daño físico, sino que abarca el respeto por la libertad de pensamiento, de las creencias religiosas, de las diferentes orientaciones sexuales<sup>18,19</sup>, etc. Comportarse humanamente es ponerse en el lugar del otro y reconocer sus derechos, principalmente a ser y pensar distinto.

En medicina familiar, las cuestiones de confidencialidad adquieren una dimensión importante ya que en muchas oportunidades el médico atiende a varios integrantes de una familia y con frecuencia surgen conflictos como infidelidades, secretos, adicciones, abortos, etc., que enfrentan al médico con problemas éticos tales como: hasta donde intervenir o encubrir, cuando revelar secretos, mentiras o situaciones complejas, etc. El médico debe recordar que está frente a personas autónomas y la confidencialidad solo puede romperla ante situaciones muy específicas y si le quedan dudas de cómo actuar siempre puede consultar a un comité de bioética para que lo aconsejen.

### Conclusión

Existen tres niveles de aprendizaje: el de los conocimientos, el de las habilidades y el de las actitudes.

De acuerdo a lo desarrollado previamente, podemos decir que hemos transmitido algunos conocimientos acerca de la ética médica y que hemos expuesto en forma resumida uno de los métodos de toma de decisiones en ética. Si bien no parece tan difícil enseñar o aprender conocimientos, sí lo es la modificación de las actitudes, que se adquieren a través de la repetición de los actos.

Uno de los desafíos de los profesionales que trabajan en el ámbito de la atención primaria y de cualquier profesional que cumpla ese rol es la necesidad de pensar permanentemente en los problemas éticos de los pacientes y de sus familias, ya que no siempre se trata de temas de vida o muerte, sino más bien cotidianos y, que aunque parezcan banales, no eximen al médico de responsabilidad al respecto.

### Referencias

1. Ética. En Wikipedia. Disponible en URL: <http://es.wikipedia.org/wiki/%C3%89tica> (último acceso: 01/05/12).
2. Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano. En Wikipedia. Disponible en URL: [http://es.wikipedia.org/wiki/Declaraci%C3%B3n\\_de\\_los\\_Derechos\\_del\\_Hombre\\_y\\_del\\_Ciudadano](http://es.wikipedia.org/wiki/Declaraci%C3%B3n_de_los_Derechos_del_Hombre_y_del_Ciudadano) (último acceso: 01/05/12).
3. Naciones Unidas. Departamento de Información al Público. Los Derechos Humanos y Naciones Unidas. Disponible en URL: <http://www.un.org/spanish/geninfo/faq/hr2.htm> (último acceso: 01/05/12).
4. Código de Núremberg. Tribunal Internacional de Núremberg, 1947. Disponible en URL: <http://www.bioeticanet.info/documentos/Nuremberg.pdf> (último acceso: 01/05/12).
5. Racchini A y col. Análisis de los principios éticos en juramentos médicos utilizados en las facultades de medicina de la Argentina en relación al hipocrático. Medicina (Buenos Aires) 1998;58:147-152. Disponible en URL: <http://www.medicinabuenaaires.com/revistas/vol58-98/2/juramentosmedicos.htm?iframe=true&width=90%&height=90%> (último acceso: 01/05/12).
6. Abajo Francisco J. de. La Declaración de Helsinki VI: Una Revisión Necesaria, Pero ¿Suficiente?. Rev Esp Salud Pública [serie en Internet]. Oct 2001;75(5):407-420. Disponible en URL: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272001000500002&lng=en](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272001000500002&lng=en). doi:10.1590/S1135-57272001000500002.
7. Trejo M Carlos. Los derechos humanos y su vinculación con los derechos de los pacientes. Rev Méd Chile. Dic 2000;128(12):1374-1379. doi:10.4067/S0034-9887200001200011. Disponible en URL: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-9887200001200011&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-9887200001200011&lng=es).
8. Sánchez, D. Los derechos y deberes de médicos y pacientes desde la vigencia de la Ley 26.529 [en línea]. Prudentia Iuris 2011;70:165-186. Disponible en URL: <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/revistas/derechos-deberesmedicos-pacientes-26529.pdf> (último acceso: 01/05/12).
9. Osorio S. Van Rensselaer Potter: una visión revolucionaria para la bioética. Revista Latinoamericana de Bioética 2005;8:1-24. Disponible en URL: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1270/127020937003.pdf> (último acceso: 01/05/12).
10. Gracia D. Fundamentos de Bioética. Editorial Eudema, Madrid, 1989.
11. Gracia D. Procedimientos de decisión en ética clínica. Editorial Eudema. Madrid, 1991.
12. Muchnik, P. Kant y la antinomia de la razón política moderna. Rev. latinoam. filos. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, v.34, n.1, mayo 2008. Disponible en URL: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1852-73532008000100002&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-73532008000100002&lng=es&nrm=iso) (último acceso 03 mayo 2012).
13. Beauchamp y Childress. The principles of Biomedical Ethics, Oxford University Press 4ª edición, 1994
14. Pace R, Caffaro Hernandez N. Iniciación a la Bioética. Capítulo Autonomía. Delhospitalediciones, 2008.
15. Gracia D. Colección ética y vida. Estudios de Bioética. Editorial. El Bicho, Colombia, 1998.
16. Gracia D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. Med Clin (Barc) 2001;117:18-23.
17. Rubinstein, E. Los nuevos enfermos. Delhospitalediciones 2010.
18. Terrasa S, Mackintosh R y Piñero A. La atención de pacientes lesbianas, gays y bisexuales y transgénero (primera entrega). Evid Act Pract Ambul. Abr-Jun 2011;14(2):57-62. Disponible en URL: <http://www.foroaps.org/files/gays%20y%20lesbianas.pdf> (último acceso 03/05/12).
19. Terrasa S, Mackintosh R y Piñero A. La atención de pacientes lesbianas, gays y bisexuales y transgénero (segunda parte). Evid Act Pract Ambul. Jul-Sep 2011;14(3):104-105. Disponible en URL: <http://www.foroaps.org/files/lesbi%20y%20gay.pdf> (último acceso 03/05/12).