

PRINCIPIOS BIOÉTICOS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Jorge Pastor Did Núñez¹

RESUMEN: *Se presentan algunas de las características bioéticas diferenciales que son propias de la atención primaria y que tipifican la relación médico paciente y el tipo de atención sanitaria propia de este nivel. Mediante el examen de frecuentes interrogantes que pueden enfrentar los Médicos de Familia en el manejo de individuos enfermos o con factores de riesgo, se abordan las posibles contradicciones entre los principios éticos fundamentales y el papel de los actores implicados en la atención sanitaria. Se concluye que el Médico de Familia, en su proceder ético y bioético, debe generar un espacio de respeto profesional y moral para el paciente y la sociedad, favoreciendo la capacidad de comprender la información y la toma de decisiones. El acto asistencial y las acciones sanitarias de protección, son 2 modalidades del acto médico que deben ser diferenciados para brindar una atención profesional y responsable a los pacientes.*

Descriptores DeCS: **ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD; RELACIONES MÉDICO- PACIENTE; MÉDICOS DE FAMILIA; BIOÉTICA.**

El desarrollo de la bioética en los últimos años se ha conocido sobre todo a través de conflictos dramáticos sobre temas relacionados con el comienzo y final de la vida, o con los problemas morales planteados por los avances de la ciencia y de la técnica. Sin embargo, el ejercicio de la medicina familiar y el marco de la atención primaria suscitan toda una serie de cuestiones éticas que han recibido escasa atención porque, a veces, no son percibidas como tales, y que también requieren un estudio riguroso, y pudieran plantearse las siguientes interrogantes:

- ¿Es realmente autónomo un paciente cuando decide continuar con un estilo inadecuado de vida?

- ¿Cumple el Médico de Familia con el fin profesional de su actuación cuando deja de evaluar la probabilidad de riesgo en que se encuentra su paciente?
- ¿Actúan con justicia los pacientes, los familiares y los médicos que no adoptan posiciones de compromiso responsable ante los riesgos potenciales identificados?
- ¿Es éticamente admisible el proceder que sólo consigue el control de la patología sintomática?

Como primer paso para tomar decisiones responsables hay que conocer los hechos e interpretarlos adecuadamente, ya que dar respuesta a los problemas éticos

¹ Especialista de I Grado en Medicina Interna. Profesor Asistente

exige un profundo conocimiento de la realidad. En este sentido se orienta nuestro trabajo y nos trazamos como objetivo, discutir la aplicación de los principios bioéticos fundamentales en la toma de decisiones y en la sugerencia de cambios de estilo de vida durante el manejo del paciente enfermo o en condición de riesgo.

Desarrollo

Resulta de particular importancia recordar algunas de las características éticas diferenciales que son propias de la atención primaria:¹

1) En cuanto a la relación médico paciente:

Continuidad en la atención a lo largo del tiempo, lo que implica un mejor conocimiento del paciente como persona, incluyendo sus preferencias, sistema de valores, capacidad de autodeterminación, etcétera.

Perspectiva global, teniendo en cuenta sus circunstancias familiares y socioculturales. *Orientación familiar*, ya que es necesario contar con la familia del paciente -que puede jugar un papel de colaboración o de dificultad-, para la aplicación de medidas asistenciales y preventivas.

2) Respecto al tipo de *atención sanitaria*:

Atención integral, no solo asistencial, sino también preventiva y de promoción de salud. Esto incluye actividades de educación, directamente conectadas con los valores del paciente.

Por otra parte, "...en atención primaria se concede especial importancia a la detección precoz de factores de riesgo en los

pacientes, para intervenir a través del consejo individual o de otras actividades de educación para la salud. En relación con este tema se pueden plantear diversas interrogantes, pues es difícil calcular hasta dónde se puede llegar ejerciendo presión sobre el paciente, o saber si se está respetando su autonomía o sus valores. La metodología utilizada para modificar actitudes, requiere de un esfuerzo añadido que no siempre es gratificante a corto plazo, y puede dificultar su aplicación cuando el trabajo —como suele ocurrir— es abundante..."¹

En el examen de la esencia de la relación médica se descubre y justifican los 3 principios éticos fundamentales, los llamados: principio de autonomía, principio de beneficencia y principio de justicia.²

Resulta imperativo detenernos a explorar las implicaciones éticas de estos principios dentro de la práctica asistencial y en las acciones de índole preventiva del Médico de Familia.

En la relación sanitaria pueden intervenir, además del médico y el paciente, la enfermera, la dirección del hospital o policlínico, la seguridad social, la familia, las autoridades administrativas o legales, etc. Todos estos agentes o factores de la relación médico-paciente pueden reducirse a 3: el médico, el enfermo y la sociedad. Cada uno de ellos tiene una significación moral específica. El enfermo actúa guiado por el principio moral de autonomía; el médico, por el de beneficencia, y la sociedad, por el de justicia. Los 3 factores son esenciales, lo cual no significa que siempre resulten complementarios entre sí, y por tanto no conflictivos. La realidad es más bien lo opuesto. Nunca es posible respetar completamente la autonomía sin que sufra la beneficencia, respetar esta sin que se resienta la justicia, etc. De ahí la necesidad de tener siempre presentes los 3 principios, ponderando su peso en cada situación

concreta,³ aplicándolos no de forma pasiva o automática, por lo que el médico ha de tener un comportamiento activo de compromiso moral. Hacemos a continuación unas breves consideraciones sobre ellos.

PRINCIPIO DE AUTONOMÍA

Se refiere al respeto debido a los derechos fundamentales del ser humano, incluido el de autodeterminación. Se inspira en la máxima de "no hacer a los demás lo que no quieras que te hagan a ti", y por lo tanto, en el respeto mutuo. En este principio se basan sobre todo la alianza terapéutica entre el médico y el paciente, y el consentimiento en las pruebas diagnósticas y en los tratamientos. Forma parte integral de la beneficencia y está a su servicio.⁴

Este principio, fundamental y básico, supone:² "Primero, el de considerar a cualquier miembro de la especie humana, de acuerdo con la conocida expresión kantiana, como un fin, jamás como un medio". Se considera miembro de la especie humana al individuo en cualquier momento de su desarrollo, y cualquiera que sea el grado de las cualidades propias de la especie. Segundo: "El derecho que todo miembro de la especie humana tiene a ser *respetado* como agente libre, aunque no en todo acto actúe como tal, y al deber que tenemos todos de respetar la autonomía de los demás en la determinación del curso de la acción de acuerdo con el proyecto elegido por el propio agente".⁵

La autonomía puede ser considerada una facultad o condición sustantiva de la realidad humana; pero puede ser también vista, de modo más simple, como un acto, el acto de elección autónoma. Las acciones son autónomas cuando cumplen 3 condiciones: intencionalidad, conocimiento y ausencia de control externo. De estas 3 con-

diciones del acto autónomo, una, la primera, no admite grados, en tanto que las otras 2 sí. La intencionalidad se tiene o no se tiene, de modo que los actos no pueden ser más que intencionales o no intencionales. El conocimiento, sin embargo, admite grados, y el control externo también. En consecuencia, parece que las acciones pueden ser más o menos autónomas, según una escala de grados.²

PRINCIPIO DE BENEFICENCIA

Corresponde al fin primario de la medicina. Consiste en promover el bien para con el paciente o la sociedad, evitar el mal; es más que el hipocrático *primun non nocere* (ante todo no dañar), o principio de no maleficencia.⁴

El principio de beneficencia es directamente orientador de la acción.² Es una expresión más del principio universal subyacente a cualquier sistema ético: se debe hacer el bien, se debe evitar el mal. Al margen de cualquier apreciación filosófica, es universalmente admitido, y sólo afecta su discusión la determinación de lo que sea el bien o el mal. Ciertamente, en esa determinación, parece más claro qué es el mal y más oscuro el concepto de bien, por lo menos cuando se refiere a acciones que tienen como objeto inmediato al prójimo. Por esa mayor evidencia de lo que sea el mal, podríamos definir la no maleficencia como una subclase de beneficencia, en la cual se pueden distinguir 4 grados en preferencia: no se debe hacer el mal, se debe impedir el mal, se debe eliminar el mal, se debe hacer y promover el bien.⁵

El matizar la no maleficencia y la beneficencia es muy importante.² El primero nos obliga de modo primario, y por tanto es anterior a cualquier tipo de información o de consentimiento. El principio de no

maleficencia no tiene nada que ver con el consentimiento informado, en tanto que el de beneficencia sí. Nunca es lícito hacer el mal, pero a veces no es lícito hacer el bien. En cualquier caso, ambos principios pueden reunirse en uno solo, que mande no hacer mal a nadie y promover el bien. Así entendido el principio de beneficencia, no hay duda de que ha sido y seguirá siendo el santo y seña de la ética médica.²

PRINCIPIO DE JUSTICIA

Este principio es reconocido como básico en cualquier sociedad sea cual fuere su contenido concreto, y se fundamenta en la igualdad de todos los seres humanos. La justicia funciona como la medida de la distribución equitativa de derechos y deberes, ventajas y desventajas, créditos activos y pasivos entre todos los miembros de la sociedad.⁵

En la relación médico-paciente, es necesario, además de los principios de autonomía y de beneficencia, el de justicia, que exige el bien común. Todos los miembros de la sociedad tienen el deber de procurar el bien común, que puede entenderse como el conjunto de condiciones de vida social, que permiten que los individuos y los grupos que la realizan, consigan más fácilmente y con mayor plenitud su perfección propia.²

Luego de haber esbozado los principios anteriores, una de las tareas fundamentales de la medicina se encuentra en la promoción y educación para la salud, utilizando para lograr sus metas, diversos métodos de enseñanza-aprendizaje, estrategias y actividades tendientes a facilitar un comportamiento conducente al autocuidado. Estas conductas llevan implícitas una dimensión ética y bioética, las que exigen considerar la libre voluntad del sujeto en el

proceso de toma de decisiones. Los profesionales requieren entonces, tomar en cuenta, los diversos dilemas que se presentan durante la atención en salud lo que exige de una específica preparación, conocimiento y compromiso, que determinen la adopción de una postura que respete y facilite las decisiones de las personas.

El Médico de Familia, en su vital acción de educar y promover la salud, debe generar espacios de respeto por el otro, permitiendo que los beneficiados crezcan y actúen en un ambiente libre y autónomo, legitimando y considerando la dignidad de las personas, como un elemento estimulador y favorecedor de la capacidad de comprender la información y conducir a la toma de decisiones. Esto sugiere, planificar procesos educativos y de promoción que tomen en cuenta sus deseos, requerimientos y singularidades.⁶

Nuestra cultura latina y el tipo de medicina que practicamos, sitúan al individuo en relación con su entorno, y la relación del médico con la familia del paciente ocupa un lugar destacado. Por otra parte, la medicina preventiva está llena de juicios de valor sobre los hábitos sanitarios de la población. A través de la educación sanitaria, nunca con la imposición, intentamos persuadir a los ciudadanos de que una vida sin tabaco, alcohol, drogas, etc., es más sana. ¿Acaso por ello estamos violando la autonomía absoluta del paciente al presentarle un estilo de vida más sano que otro? Quizás así lo viera un liberal, pero para la fundamentación ética latina es prioritario que una persona esté en las mejores condiciones para cumplir con sus obligaciones ciudadanas, por supuesto que libremente, y un miembro de la sociedad drogadicto o alcohólico, aunque se le trate con todo el respeto del mundo, no está en las mejores condiciones para cumplir con ese objetivo.⁷

En la medicina comunitaria en especial, se considera que el individuo está inserto

en un grupo social, y se busca el bien colectivo, el bien común. Esto implica una actitud de solidaridad con el paciente, que se base en las relaciones de confianza médico-paciente. El médico no debe dejar solo a su paciente por una actitud exagerada de respeto a su autonomía, entendida según la idea liberal anglosajona de una teoría ética en la que prima el individuo y su voluntad por encima de todo, y que marque como único límite a su libertad el daño a terceros, ya que ello iría en contra del principio de beneficencia.

La conducta del individuo repercute en el grupo social. Prácticamente todos los actos individuales se insertan, por ejemplo, en la vida familiar, y la familia en la vecindad, y así sucesivamente. Por tanto, no se aceptaría la tesis de que mientras yo no dañe a otros, puedo hacer lo que quiera con mi vida, inclusive destruirla, abusando de la idea de que nadie está autorizado para entrometerse en mi vida, ni las personas, ni la sociedad, ni mucho menos el médico. El personal sanitario, como conocedor de la ciencia médica, debe aportar datos objetivos en la educación sanitaria de la población.

Hay cuestiones que son materia de conocimiento. Educar en hábitos sanos, en una vida sana, no es paternalismo, es informar correctamente. Eso no obliga al paciente a seguir ese consejo, respeta su libertad, no le impone esa conducta, le da datos para que haga un buen uso de su libertad. Esto no significa educar en la indiferencia, ni tampoco imponer los gustos personales del agente de salud. Se trata de buscar y definir unos derechos universales que contribuyan a la dignidad de la persona y que se deben dar a conocer.⁷

Por último, la relación médico-paciente, debería distinguir 2 modalidades del acto médico.⁸ La primera puede llamarse "el acto asistencial", el cual se orienta a un diag-

nóstico, pronóstico y tratamiento; por ejemplo, atender un parto, curar una neumonía o controlar las cifras de la presión arterial. En este caso el médico contempla la naturaleza herida del enfermo y se apresta a recuperar la normalidad, la vida, la salud, la vieja *physiologia* de los médicos griegos. Y la segunda, a la que podría denominarse "acciones o técnicas sanitarias de utilidad o protección de las personas", donde más que sanar o equilibrar, se actúa ejerciendo una modificación que se estima útil desde el punto de vista clínico, con sensible beneficio para el paciente.

La medicina no es ciencia aplicada, ni es meramente técnica. Hay una diferencia esencial entre la práctica médica y la ciencia médica.⁹ Esa diferencia se esfumaría si se considera al médico como un técnico que presta servicios médicos a demanda del paciente y cuya profesionalidad se basa mayormente en su competencia médica técnica. El peligro implícito es que entonces el cuidado médico se convierte en una actividad primariamente técnica. De esta manera, la medicina trataría la patología de un paciente en vez de cuidar a una persona que tiene una patología.

Con agudo sentido se ha expresado:¹⁰ "...En el umbral del nuevo milenio, el vigoroso desarrollo de la técnica no puede hacernos olvidar que el objetivo de la ciencia es y debe ser el hombre y en consecuencia esta tiene que ser guiada por la ética. De lo contrario, estaríamos ante un progreso sin orientación y sin norte [...]. La categoría ontológica del ser humano nos permite aceptar que está dotado de unos atributos exclusivos diferenciadores del resto de los seres vivos. Solo el hombre puede dirigirse por sí hacia su propia meta: la perfección. El animal carece de estas posibilidades, por eso su valor ontológico está a una distancia

infinita. Esto obliga a enseñar a las personas a reflexionar sobre el por qué de la maldad o bondad de sus actos, y a comprender que la ética es objetiva y no arbitraria. Por eso la bioética es formación en la búsqueda de la verdad auténtica y obliga a todos. Hace falta admitir las limitaciones del subjetivismo y del relativismo, que apuestan descaradamente por la "seguridad" de que el mero hecho de escoger una acción en libertad la convierte en correcta desde el punto de vista ético..."

Conclusiones

El Médico de Familia, en su proceder ético y bioético, debe generar un espacio de respeto profesional y moral para el paciente y la sociedad, favoreciendo la capacidad de comprender la información y la toma de decisiones.

La relación médico-paciente debería diferenciar 2 modalidades del acto médico: el acto asistencial, y las acciones o técnicas sanitarias de utilidad o protección de las personas.

SUMMARY: *Some of the differential bioethic characteristics which are typical of primary health care and that typify the physician-patient relations and the kind of health care at this level are presented. The possible contradictions existing between the fundamental ethic principles and the role of the actors involved in health care are approached by analyzing the frequent questions family physicians may face in the management of sick individuals or of subjects with risk factors. It is concluded that the family physician in his ethic and bioethic conduct should generate a space of professional and moral respect for the patient and for the society that favors the capacity of understanding the information and the decision making.*

Subject headings: **PRIMARY HEALTH CARE; PHYSICIAN-PATIENT RELATIONS; PHYSICIANS, FAMILY; BIOETHICS.**

Referencias bibliográficas

1. Martín Espildora MN. Bioética y atención primaria. Cuad Bioética 1999;35(3):569-72.
2. Forment E. Prenotados básicos: racionalidad y personalidad. Cuad Bioética 1999; 35(3): 492-503.
3. García D. Fundamentos de bioética. Madrid; EUDEMA, 1989;18-9.
4. García Urbon M, Parra PG, Romero P, Menéndez León M, Ruiz E, Monfa J, et al. Consideraciones sobre los fundamentos de la ética médica. Cuad Bioética 1999; 35(3): 528-31.
5. Juncosa A. El diagnóstico prenatal: problemática ética. Anuario Filosófico 1994;27(1): 103-15.
6. Arratia A. Bioética y toma de decisiones. Cuad Bioética 1999;39(3):152-21.
7. Elósegui M. Reivindicación de la ética mediterránea como síntesis integradora de la dialéctica entre éticas de la virtud y éticas de los principios. Cuad Bioética 1999;35(3):475-87.
8. Santiago M. ¿Consenso en la ética clínica? Cuad Bioética 1999;35(3):504-11.
9. Jochemsen H. La medicina como profesión ética. Cuad Bioética 1999;35(3):459-68.
10. Fernández-Crehuet J. El reto fundamental de la bioética. Cuad Bioética 1999;35(3):451-2.

Recibido: 9 de Mayo del 2000. Aprobado: 11 de Julio del 2000.

Dr. Jorge Pastor Did Núñez. Mayía Rodríguez # 162, Víbora, municipio 10 de Octubre, Ciudad de La Habana, Cuba.