

PROBLEMAS ÉTICO CLÍNICOS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DEL CENTRO DE SALUD FAMILIAR DE PAINE

Luis Contreras Aravena¹

Resumen: El presente trabajo intenta identificar los problemas ético clínicos que se viven en la Atención Primaria de Salud (APS), particularmente en el Centro de Salud Familiar (CESFAM) de Paine, Chile, así como establecer diferencias según profesión y ciclo vital del paciente. Es un estudio cualitativo y descriptivo basado en entrevistas semiestructuradas a profesionales expertos en bioética y a los funcionarios del CESFAM, tanto profesionales como técnicos. Se concluye que los conflictos existen y están determinados tanto por el choque de valores en cada toma de decisión, como por la falta de virtuosismo de los profesionales. Los conflictos son transversales, dado el trabajo interdisciplinario que se realiza en la APS, además de ser particulares según la etapa del ciclo vital del paciente. Es necesario realizar estudios que permitan profundizar en estos temas.

Palabras clave: atención primaria de salud, bioética, valores, virtudes

Ethical Issues in Primary Health Care from Centro de Salud Familiar de Paine

Abstract: This paper attempts to identify which clinical ethical problems experienced in primary care health, particularly in CESFAM Paine, Chile, also differentiate according profession and life cycle of the patient. It's a qualitative and descriptive study based on semi-structured interviews with experts in bioethics and CESFAM's workers, both professional and technical. We conclude that conflicts exist, and are determined by the clash of values in each decision making, and the lack of virtuosity of the workers. The professionals have similar problems, which is given by the interdisciplinary work done in the APS, in addition to be individual depending on the stage of the life cycle of the patient. It's necessary to perform deeper studies on these issues

Key words: primary health care, bioethics, values, virtues

Problemas ético clínicos na atenção primária à saúde do Centro de Saúde Familiar de Paine

Resumo: Este artigo intenta identificar quais são os problemas ético-clínicos presenciados nos serviços de atenção primária à saúde, em particular do Centro de Saúde Familiar (CESFAM) de Paine, bem como estabelecer diferenças de acordo com a profissão e o ciclo de vida do paciente. Trata-se de um estudo qualitativo e descritivo, com base em entrevistas semiestruturadas com profissionais especialistas em bioética e com funcionários do CESFAM, tanto profissionais como técnicos. Conclui-se que os conflitos existem e estão determinados tanto pelo choque de valores em cada tomada de decisão, quanto pela falta de aptidão dos profissionais. Os conflitos são transversais, tendo em conta o trabalho interdisciplinar que se realiza na atenção primária à saúde (APS), ademais de sua particularidade, segundo a etapa do ciclo de vida do paciente.

Palavras-chave: atenção primária à saúde, bioética, valores, virtudes

¹ Centro de Salud Familiar (Cesfam), Paine, Chile

Correspondencia: lui.contreras.a@gmail.com

Introducción

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (APS) la define como la “asistencia sanitaria esencial... puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar”. Al mismo tiempo la reconoce como la puerta de entrada al sistema nacional de salud y enfatiza que sus actividades principales son la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de los principales problemas de salud(1).

Aunque la Conferencia fue realizada en 1978, sus declaraciones siguen teniendo plena vigencia y así queda de manifiesto en el “Informe Sobre la Salud en el Mundo 2008” por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS), 30 años después de Alma Ata, donde junto con mantener la postura planteada en esta Conferencia se insta a una renovación de la APS como respuesta a los desafíos de un mundo en transformación y a las crecientes expectativas de mejores resultados(2).

La APS se diferencia de los niveles secundario y terciario en varios aspectos. Primero, en relación al volumen de pacientes que manejan; durante 2012 la APS realizó 11.571.152 de consultas médicas como atenciones de morbilidad, es decir, atenciones por demanda espontánea de la población, versus las 2.041.054 de consultas nuevas de especialidad realizadas por los centros de mayor complejidad(3). Otra diferencia está en la complejidad de los problemas de salud que abordan; el nivel secundario se caracteriza por el manejo de patologías de mayor complejidad, en un ambiente más tecnológico, con atenciones puntuales y focalizado en la prevención secundaria y terciaria de las personas; a diferencia de la APS, en que los problemas de salud son de menor complejidad, cuyas principales actividades corresponden a promoción y prevención, y en los que el equipo de cabecera permite una atención continua en el tiempo. Esto configura, por un lado, que la relación médico-paciente sea diferente y, por otro, que los problemas morales sean distintos, caracterizándose, en el caso de la APS, por asuntos de justicia y autonomía, y en el caso del nivel secundario, de beneficencia y no maleficencia(4,5).

Considerando los detalles expuestos, los conflictos que pueden encontrarse en la APS no necesariamente serán los mismos del ambiente hospitalario. En la APS tienen mayor relevancia los conceptos de equidad y justicia, valores como la solidaridad y la empatía(2). Estas diferencias, tanto biomédicas como valóricas, determinan la forma en que se toman de decisiones, tanto por el equipo de salud, como por el mismo paciente.

En un estudio realizado en Brasil se encontró que los conflictos éticos de la APS estaban relacionados con el equipo mismo de salud, con el usuario, y con la organización o el sistema de salud(4). En Chile, en una propuesta de comités de ética asistencial para la APS, se encontró que los principales problemas éticos que relataba el equipo de comités de ética asistencial (CEA) de salud estaban relacionados con las características del usuario, el propio equipo de salud en su relación con el usuario y con ellos mismos, y asociados a cuestiones institucionales(6). No muy distinto entonces a lo encontrado en Brasil.

La realidad de los CEA hospitalarios parece ser otra. En una revisión retrospectiva realizada por el CEA del Hospital Santiago Oriente (HSO), se encontró que los principales casos estaban asociados a aborto terapéutico, en la perspectiva de enfermedad avanzada de la madre, resolución del parto versus conducta expectante en embarazo de edad gestacional al límite de la viabilidad fetal, limitación de esfuerzo terapéutico en recién nacidos (RN), limitación de esfuerzo terapéutico en adultos, orden de no reanimar(7).

Bajo esta realidad, mediante el presente estudio y tomando en cuenta la realidad de un Cefam, se pretende responder: ¿cuáles son los problemas ético-clínicos en la APS, según los miembros del equipo de salud del Cefam Paine, durante la práctica diaria de sus actividades clínicas?

Método de investigación

El tipo de estudio es cualitativo descriptivo. La población corresponde al equipo de salud del Cefam Paine, en su área urbana, que corresponde a 46 personas, distribuidas de la siguiente manera: 9 médicos, 5 matronas, 6 enfermeras, 3 asistentes sociales, 4 psicólogos, 3 kinesiólogos, 3

nutricionistas y 13 técnicos en enfermería de nivel superior (TENS). Al mismo tiempo se incluirá la opinión de 4 profesionales de la salud con formación en bioética y experiencia en APS, con el fin de tener una referencia al momento de analizar las respuestas. Con todos se realizó el proceso de consentimiento informado.

Se utilizará una entrevista semiestructurada, con una pregunta abierta inicial referente a qué entiende el entrevistado por bioética y conflicto ético-clínico, para luego dar paso a las siguientes preguntas:

- ¿Qué entiende usted por conflicto ético-clínico?
- ¿Cree que existen conflictos éticos en la Atención Primaria? ¿Cuáles y por qué?
- ¿Cuáles son los problemas éticos que usted vislumbra en su área profesional en este Cesfam?
- ¿Podría distinguir conflictos según ciclo vital del paciente? Infantil, adolescente, adulto, adulto mayor y embarazada.

Para el análisis de las respuestas se utilizó una metodología comparativa, colocando las respuestas en una matriz elaborada en una tabla de datos, para posteriormente agruparlas por tema. Se seleccionó la información relevante de cada respuesta, permitiendo identificar elementos en común de manera transversal, así como identificado aquellas respuestas opuestas.

Resultados

Los profesionales con experiencia y formación de posgrado en bioética corresponden a dos médicos, un asistente social y un matron.

Sobre la pregunta número 1, “¿Qué entiende usted por conflicto ético-clínico?”, no existió variabilidad en las respuestas, coincidiendo todos en que un conflicto ético-clínico es aquel escenario, en el contexto de la práctica clínica y de la atención de los pacientes, en que existe un choque de valores, el cual puede ser entre los valores del profesional y del paciente, y eventualmente con los valores propios de cada uno.

Respecto de la pregunta número 2 “¿Cree usted que existen conflictos ético-clínicos en la APS?”, los cuatro coinciden en que sí existen, argumentando que cada toma de decisión incorpora valores y, por tanto, puede suscitarse un conflicto entre los valores involucrados. Por otro lado, establecen que estos valores, si bien están presentes, son diferentes a los vistos en el nivel hospitalario, porque la naturaleza de estos conflictos es diferente.

En consonancia con lo anterior, y respondiendo a la pregunta 3 “¿Que problemas vislumbra usted en su área profesional?”, todos identifican como principales aquellos en que está involucrado el principio de justicia, lo cual implica la asignación de recursos y su gestión; problemas como falta de acceso de la población, recursos clínicos poco efectivos y falta de tiempo para cada actividad. Otros problemas están dados por la confidencialidad y el manejo de la información, así como las intervenciones que realizan los equipos en las familias: por intentar ser beneficiarios caen en la transgresión de la autonomía y libertad de las personas.

En cuanto al ciclo vital, se identifica lo siguiente:

Infantil: Los principales conflictos se relacionan con las vacunas, el rol de la autonomía de los padres, el interés del menor y de la sociedad. También se reconoce el manejo de los niños con enfermedades y los problemas asociados con el final de la vida. Por último, el impacto en la salud del niño de los determinantes sociales a los que se ve expuesto, como la baja escolaridad de los padres.

Adolescencia: Son reconocidos los problemas asociados a la confidencialidad, sobre todo el manejo de la información y el respeto al adolescente como sujeto autónomo. También, la falta de espacios y oportunidades para su atención, y los problemas asociados a su desarrollo sexual, el consumo de drogas y estilos de vida.

Adulto: Aquí se menciona la falta de cuidado de las enfermedades crónicas no transmisibles por parte del propio paciente, y el grado de intervención que pueden hacer los equipos de salud sin transgredir su autonomía. También se reconocen como problema los determinantes sociales del pa-

ciente, por ejemplo como un paciente de bajos recursos no puede asistir a la atención sanitaria porque eso significaría ausentarse al trabajo y, por consiguiente, una menor remuneración. Finalmente, la falta de preparación y resolutivez de la APS para el manejo de los pacientes terminales, tanto desde lo biomédico como desde lo trascendental.

Adulto mayor: El principal tema mencionado es el abandono por parte de la familia, de la sociedad y del propio equipo de salud. Se identifica la “infantilización” hacia el adulto mayor y cómo esta vulnera su autonomía, la cual es proporcional al grado de capacidad del adulto mayor. Por último se menciona la deshumanización del adulto mayor, en el sentido de que, dadas sus múltiples patologías, se comienza a ver desde la patología y no desde la persona, extendiendo esta conducta al resto de los adultos mayores: se les suele ver como enfermos *per se*.

Embarazada: Se reconoce como problema la falta de integración de la pareja durante los controles de embarazo, aislamiento que realiza tanto el equipo de salud como la misma embarazada. Se vislumbra también los problemas asociados a la falta de responsabilidad de las madres cuando padecen de enfermedades —como el VIH— y no realizan un adecuado control o manejo de estas, lo que genera el conflicto entre la autonomía de la madre y el bienestar del que está por nacer.

Ahora, en relación a los resultados de los funcionarios del centro de salud, se logró entrevistar al 74% de los funcionarios.

Respecto de la pregunta 1 “¿Qué entiende usted por conflicto ético-clínico?”, se puede encontrar tres tipos de respuesta: 1) aquellas que no guardan relación con la respuesta dada por el consenso de los expertos, 2) aquellas que sí coinciden con el consenso, y 3) aquellas que lo hacen de manera tácita. La forma para definir este criterio guarda relación con el grado de coincidencia de las respuestas; para el caso de las tácitas son aquellas que hacen mención a la definición de los expertos mediante ejemplos.

Agrupando las respuestas explícitas con las tácitas, su representación es del 65%. La idea central en

estas respuestas es considerar el conflicto ético-clínico como una situación en que se transgrede un valor o principio, o lo que es considerado correcto en el proceso de toma de decisiones.

En relación a la segunda pregunta “¿Cree usted que existen conflictos ético-clínicos en la APS? ¿Por qué?”, los 34 entrevistados declararon que sí creen que existen, incluso aquellos que no lograron dar una respuesta similar al consenso. Sus argumentos para justificar la existencia de conflictos ético-clínicos se pueden agrupar en los siguientes temas:

- Diferencias entre el paciente y profesional en cuanto a valores y creencias personales.
- Asociado a la falta de recursos y la no posibilidad de entregar prestaciones ajustadas al óptimo manejo del problema de salud.
- Por la falta de virtuosismo en los profesionales.
- Por el manejo de datos sensibles y falta de confidencialidad.
- Por diferencias con las reglas normativas de la APS.
- Escenarios complejos, particularmente asociados al final de la vida.

En cuanto a la pregunta número 3 “¿Cuáles son los problemas éticos que usted vislumbra en su área profesional en este Cesfam?”, al agrupar las respuestas por área temática encontramos los siguientes temas:

- Asociado al profesional.

El principal problema es la falta de compromiso con la profesión, así como la falta de virtuosismo. En ese sentido, se destaca la falta de confidencialidad con las historias clínicas, la banalización de los problemas de los pacientes, la falta de interés por la atención clínica y con el trabajo mismo; la falta de empatía con las personas y el mal trato hacia el usuario; la falta de compañerismo entre los mismos funcionarios y, finalmente, la relación paternalista que puede tener el profesional con el paciente.

- Asociado al sistema de salud.

Aquellas respuestas que tienden a repetirse incluyen la falta de compromiso y responsabilidad por parte de los profesionales con la APS, lo que también puede ser considerado como falta de virtuosismo por el profesional; la falta de una misión y visión conjunta, y la falta de normas y consensos.

Sin embargo, lo más repetido es la falta de recursos de todo tipo: físicos, económicos, humanos e insumos, que lleva a una limitación de la calidad que se puede ofrecer en cada una de las prestaciones, y a una menor resolutivez.

- Asociados al paciente.

Lo que más se reiteró es la irresponsabilidad de los pacientes con sus deberes, por ejemplo en el retiro de medicamentos. También se señala como un problema la falta de educación en temas de salud, lo que lleva a una sobredemanda de consultas por problemas banales, sobrecargando el sistema y limitando la oportunidad de atención de otras personas. Otro problema frecuentemente identificado es el asociado a la autonomía de los pacientes y sus decisiones, las que en ocasiones son consideradas poco prudentes.

Al hacer la revisión por cada una de las profesiones entrevistadas, encontramos que la distribución de los problemas es como sigue (tabla 1):

En cuanto a las respuestas por ciclo vital, los problemas frecuentemente identificados y de manera transversal son los siguientes:

Infantil:

- Situaciones de violencia intrafamiliar (VIF).

Asociado a la pesquisa y la falta de denuncia por parte de los profesionales, por el hecho de ser un proceso largo y tedioso, o porque al denunciar se termina rompiendo la relación médico-paciente. Otro aspecto señalado son las emociones que afloran en el profesional al pesquisar una situación de VIF, y cómo esos sentimientos pueden entorpecer y dificultar el actuar. Un tipo de VIF señalado es el de la malnutrición por exceso que realizan los padres.

- Autonomía y representación de los padres.

Se hace mención al rechazo de los padres a la administración de vacunas en sus hijos, y el conflicto que se genera entre la autonomía de los padres y el beneficio para el niño y la sociedad en relación con la vacunación.

Adolescente:

- Asociado a la vida sexual.

Problemas asociados al embarazo adolescente, inicio de la vida sexual, uso de anticonceptivos, abuso sexual y, finalmente, el aborto. Los conflictos se presentan por los valores personales del profesional, la formación profesional, la autonomía del adolescente y la representación de sus padres.

- Asociado a la autonomía de los adolescentes.

Los conflictos tienen que ver con la confidencialidad de la historia, la representación de los padres sobre los adolescentes, el derecho de los padres a saber y/o a tomar decisiones por él, y el respeto a la autonomía del adolescente.

- Asociado al sistema de APS.

En este tipo de respuestas se menciona la falta de interés del Cesfam por la salud del adolescente, lo que se refleja, según los funcionarios, en menos oportunidades de atención, falta de educación y menos actividades de prevención y promoción

Adulto:

Asociado a la capacidad de autonomía de los pacientes, en relación al tipo de decisiones que toman y de qué manera pueden afectar su propia salud. También se menciona la falta de conciencia que los adultos tienen sobre su salud y lo poco dispuestos que están a hacer cambios por sí mismos.

La segunda respuesta más repetida se vincula con la falta de virtuosismo de los profesionales de la salud en cuanto a su trabajo en la APS, expresada como mal trato al paciente, falta de compromiso con los usuarios como personas y falta de responsabilidad con la profesión misma.

Adulto mayor:

Los problemas identificados tienen que ver con el abandono que viven muchos de ellos, ya sea literalmente o porque la familia no se hace responsable de sus necesidades, transfiriendo esa responsabilidad asistencial al Cesfam; la infantilización que sufre el adulto mayor por parte de la familia y el propio equipo de salud; la disminución de su capacidad para comprender la información que se le entrega, o con la toma de decisiones. Finalmente, la limitación de esfuerzos terapéuticos, ya sea asociada a situaciones de atención de urgencias o en pacientes con enfermedades crónicas terminales.

Embarazada:

Los conflictos que se mencionan son el rechazo de las pacientes a su condición de embarazo, lo que se manifiesta desde el rechazo propiamente tal, pero aceptación de su curso, hasta el aborto. Otro conflicto mencionado es sobre la autonomía de las mujeres y sus decisiones de embarazarse, en el caso de mujeres que presentan un alto riesgo (edad avanzada, morbilidad asociada), poniendo en juego sus propias vidas; o el caso de las mujeres en riesgo psicosocial, que desean quedar embarazadas.

Discusión

Los conflictos ético-clínicos son una realidad en la APS y, pese a lo poco estudiado que ha sido por parte de la bioética, existe conciencia de esta realidad entre las personas que trabajan en ella. Así es mostrado tanto por los expertos como por los propios funcionarios del Cesfam.

Junto con ser una realidad, se puede ver además que, aunque algunos conflictos son compartidos con otros niveles de atención, varios de ellos tienen una naturaleza diferente, que los hace específico de la APS, tal como lo aseguraron los expertos en sus respuestas, y tal como se señala en la literatura(8).

Diego Gracia establece que un problema moral es un conflicto de valores, por lo que cuando hablamos de conflicto ético-clínico en realidad estamos hablando de problemas morales en la

práctica clínica. Un problema moral tiene tres características: primero, implica una contradicción; segundo, siempre se trata de valores, y tercero los valores siempre han de ser positivos(9), por lo que el concepto que tienen tanto los expertos como los funcionarios es muy cercano a lo definido en la literatura.

Además de coincidir en las respuestas, es importante destacar cómo la noción de conflicto ético está inserta de manera tácita dentro de los funcionarios del Cesfam, incluso sin tener formación en bioética. Se reconoce que es un problema asociado al ejercicio profesional y a las personas (al paciente) en el que se transgrede un valor o principio. Y aunque no se menciona explícitamente que esa transgresión es por otro valor, se hace ver mediante las respuestas que es en relación a valores propios del profesional o de la persona, o con aquello que es considerado correcto, ya sea desde lo moral o desde lo normativo.

Sin embargo, de los resultados se desprende que los problemas no son solo por el choque de valores, sino que también por la falta de virtuosismo en los profesionales. Y es que las virtudes, aquellas cualidades humanas que nos acercan a la excelencia, cuando son abandonadas denigran el trabajo que como profesional se realiza, afectando directamente la calidad de la atención que se otorga al paciente.

La APS tiene la particularidad de que convergen una serie de profesiones: médicos, enfermeras, matronas, kinesiólogos, a los que se han agregado en el último tiempo psicólogos, asistentes sociales, educadoras de párvulo y nutricionistas. Las cualidades que todos estos profesionales debiesen tener son: capacidad para el trabajo en equipo, lo que supone en primera instancia saber escuchar y saber valorar lo que otros profesionales pueden aportar; humildad, reconocimiento de los errores o insuficiencias en la propia formación; habilidades o actitudes adecuadas, como empatía y buen trato, y un espíritu abierto al aprendizaje e innovación(10).

Este trabajo tiene la particularidad que incluye al personal técnico (TENS), quienes representan la mayor proporción de funcionarios de un CESFAM. Y aunque no son profesionales, para

efectos morales su trabajo puede ser considerado como tal. Y es que ser profesional implica adquirir un compromiso con la sociedad, así como desarrollar competencias para esa tarea. Las acciones que realizan los TENS apuntan en esa dirección, por lo que no pueden ser consideradas como un mero acto técnico, esas acciones buscan un fin en sí mismo. Que el TENS se comprometa con estas acciones y los fines que ellas persiguen, que realice su trabajo con vocación, así como con el desarrollo de hábitos que ayuden a lograr esos fines (virtudes), lo constituyen, desde el punto de vista moral, como una profesión más, razón por la cual se incluyeron como parte del estudio de este trabajo(11).

Muchos de los problemas identificados transversalmente se deben a la falta de virtudes en el profesional (en la persona) y no en el ejercicio de la profesión, puesto que las virtudes corresponden a cualidades y hábitos de las personas. La falta de humanización en la atención, el maltrato al usuario, los problemas de comunicación con el paciente, las transgresiones a la confidencialidad, la banalización de los problemas, la falta de compromiso con la profesión y con la APS, corresponden a una falta de virtudes en el profesional. El desarrollo de una ética de las virtudes, el cultivo de la veracidad, benevolencia, respeto, justicia, confidencialidad, fidelidad, lealtad, compasión, bondad, y especialmente la prudencia, evitaría muchos de los conflictos identificados en el presente trabajo por cada uno de los diferentes profesionales(12).

Ahora, en relación con los problemas identificados, los cuatro expertos señalan que los conflictos identificados con el sistema de salud tienen como base problemas asociados con el principio de justicia: conflictos con la asignación de recursos, recursos de poca calidad y la falta de acceso. Los funcionarios lograron ampliar el espectro de conflictos asociados al sistema de salud que, de acuerdo con lo mencionado por ellos, se relacionan con la falta de virtudes, ya comentado previamente.

Los problemas asociados a la justicia se presentan entre el profesional y el sistema de APS, entre lo que corresponde a la ética cívica y organizativa y la ética personal del profesional. Este profesional, desde una mirada individual de beneficencia

y no maleficencia, comienza a aplicar estrategias de asistencia sanitaria focalizado en las necesidades individuales de los pacientes, sin sopesar los medios o recursos con los que cuenta. Dado que en la APS, y en el sistema de salud en general, los recursos (económicos, humanos y físicos) no son suficientes para cubrir a toda la población, focalizarse en un grupo reducido de pacientes va en desmedro del resto. No existe conciencia de que dejar sin cobertura a una población implicaría un acto contra el principio de no maleficencia, al no asegurar una cobertura adecuada ni un acceso oportuno, con el potencial daño que eso implicaría en esa determinada población. Bajo esa postura, se atenta contra la proporcionalidad de la atención sanitaria, ya que bajo esa visión no es posible cubrir al máximo de población. Calidad no implica solo lo derivado de la ciencia como tratamiento efectivo o método diagnóstico; es necesario considerar la distribución de la atención de manera equitativa, con el fin de satisfacer las necesidades de salud básicas de la población atendida. Por tanto en la APS, calidad, además de beneficencia, es justicia.

Las soluciones para estos problemas no dependen solamente de los funcionarios y el desarrollo de virtudes, se requiere de un compromiso organizativo y logístico por parte de los responsables de dirigir los centros, así como de políticas públicas asociadas. Propuestas de soluciones incluyen considerar al paciente como el eje de la organización, procurar una correcta distribución de los territorios y poblaciones asignadas, asignar los recursos por habitante y año en función de los potenciales pacientes, organizar el acceso de la población en función de su volumen y de sus características, y no en función de los profesionales; distribución y composición de los equipos profesionales en función de los territorios y sus poblaciones respectivas, entre otros(14).

Un conflicto mencionado por varios profesionales es de la confidencialidad en la relación médico-paciente. Las características de la APS, considerando la cantidad de actores que participan en el sistema, hace que la información que surge de la relación entre el profesional y el paciente (historia clínica) se encuentre al alcance de otras personas: profesionales, técnicos y administrativos. La responsabilidad de mantener la confidencialidad por

parte del profesional, así como del centro de salud, se relaciona con el respeto que merece el paciente como persona, en cuanto él ha expuesto su intimidad, su vulnerabilidad, entregándose y confiando en el correcto actuar del profesional. Pero es inevitable que la ficha clínica, el instrumento que contiene el historial del paciente, pase por diferentes actores: administrativos que velan por su mantenimiento y organización, técnicos que registran datos y procedimientos, y obviamente otros profesionales que participan en la atención del paciente. El respeto de esa confidencialidad depende de desarrollar una actitud de respeto hacia la persona, lo que antes hablamos en relación con las virtudes. Banalizar los problemas de los pacientes, comentar los problemas con otras personas en los pasillos, en los horarios de colación, dejar documentos con datos sensibles (como una interconsulta, exámenes) en lugares abiertos y públicos, constituyen vicios profesionales que denigran al profesional. Soluciones a esto van desde la formación continuada en lo que significa y conlleva el deber de secreto profesional, a una organización del centro de salud que permita el acceso a la ficha clínica solo a profesionales que atienden al paciente, como al personal administrativo que indirectamente se ve involucrado(15).

Los conflictos según ciclo vital, identificados por expertos y funcionarios, presentan un común denominador: el principio de autonomía; representación de los padres, en el caso de niños y adolescentes; toma de decisiones, falta de conciencia de enfermedad, en el caso del adulto; capacidad de decisión en el adulto mayor, y finalmente en la embarazada la relación paternalista y el bienestar del feto.

Al respecto, una arista de este tema se vincula con la autonomía de las personas y la toma de decisiones prudentes en el caso de los adultos. En las respuestas se señaló que las personas no se hacen cargo de su salud, en cuanto al cuidado de sus enfermedades, particularmente de aquellas crónicas no transmisibles. Estas enfermedades tienen la particularidad que no generan síntomas hasta que ya se encuentran en etapas avanzadas, por lo que, a diferencia de las patologías agudas, la autovisión de vulnerabilidad es difícil de generar. Es común escuchar en la consulta ambulatoria “doctor, ¿para qué me voy a tomar los remedios

si yo me siento bien?”. El conflicto se presenta entonces entre la beneficencia que intenta lograr el equipo de salud, mediante un plan terapéutico, y el respeto por la autonomía de las personas en cuanto a su libertad de decidir lo que estimen sea mejor para ellos mismos. Que la decisión que tome una persona siempre sea correcta, por el hecho de haber sido tomada en libertad, constituye una falacia. Es así como la decisión de no hacerse cargo de las propias enfermedades es considerada como poco prudente. Sin embargo, la solución no es invalidar la opinión y decisión del paciente, imponiendo lo que como equipo de salud consideramos correcto, sino más bien en lograr que sea el propio paciente quien descubra y decida lo que le parece sea lo más beneficioso para sí mismo. El modelo de atención integral que se trabaja en la APS promueve este proceso de descubrimiento, mediante un diálogo deliberativo entre el profesional de la salud y el paciente, que culmina cuando este último decide el mejor curso de acción a seguir. Los límites a la decisión del paciente están dados por aquellas situaciones consideradas como maleficientes (por ejemplo, la solicitud de un fármaco que no corresponde al perfil de necesidades del paciente, “doctor, ¿usted me podría indicar un fármaco para eliminar líquido y bajar de peso?”), o injustas (por ejemplo, la solicitud de derivación al especialista por una patología que no requiere del manejo del especialista).

En cuanto a los niños, adolescentes y adultos mayores, los problemas en relación con la autonomía tienen que ver con su capacidad de decisión y la representación que se hace de ellos mediante terceros, como los padres —en el caso de adolescentes— o de familiares directos —en el de adultos mayores. El eje para el manejo de estos conflictos depende de uno de los componentes centrales, y además complejos, en el proceso de toma de decisiones, y es la competencia del paciente, entendida como la capacidad de comprender, evaluar y finalmente comunicar una decisión. En el caso de niños y adolescentes, quienes se encuentran en un proceso de crecimiento y madurez, su capacidad de decisión y por tanto su competencia también se encuentra en desarrollo; es responsabilidad del profesional clínico evaluar el grado de desarrollo y competencia para fomentar así la autonomía del menor. En el caso del adulto mayor sucede

lo inverso: se encuentra en una etapa de eventual fragilidad y vulnerabilidad, la que puede incidir en su toma de decisiones; es deber del profesional, así como evalúa el grado de funcionalidad y establece planes de trabajo para el fortalecimiento de sus debilidades, la de realizar la misma acción con la autonomía del paciente adulto mayor. Estas acciones constituyen una forma de respeto hacia la dignidad del paciente, por la persona que es(16).

Finalmente, cada uno de los temas tratados en este trabajo de investigación pueden ser manejados con mayor extensión y profundidad. Este trabajo demuestra que se requieren mayores estudios de este tipo, investigaciones que permitan mostrar que la APS del sistema de salud chileno se ve enfrentada diariamente a problemas morales que requieren de un estudio riguroso, con el fin de facilitar el ejercicio de la profesión y lograr así más y mejores resultados.

Asistentes Sociales	Enfermeras	Kinesiólogos	Médicos	Matrona	Nutricionistas	Psicólogos	TENS
Autonomía de los pacientes y representación	Falta de profesionalidad	Falta de profesionalidad	Falta de compromiso con la profesión	Autonomía de los pacientes y sus tomas de decisión	casos clínicos complejos asociados al inicio y final de la vida	Banalización de los problemas de salud	Exigencias de la población no ajustadas a la cartera de servicios de la APS
Falta de normas y consensos	Precariedad del sistema	Precariedad del sistema	Falta de compromiso con la APS	Faltas a la confidencialidad del paciente	Banalización de los problemas de salud	Precariedad del sistema	No respeto de la confidencialidad
	Casos clínicos complejos asociados al final de la vida y la limitación de esfuerzo terapéutico		Falta responsabilidad de los pacientes y cumplimiento de sus deberes	Exigencias de la población e instituciones no ajustadas a la cartera de servicios de la APS		Falta de espacios adecuados para una relación con el paciente íntima	Falta responsabilidad de los pacientes y cumplimiento de sus deberes
			Precariedad del sistema: recursos, tiempos de atención, acceso al nivel secundario	Actividades contra las propias creencias religiosas: sexualidad, MAC			Falta de respeto por el paciente
			Relación médico paciente paternalista				Falta de compañerismo
			Casos clínicos complejos asociados al inicio y final de la vida, limitación de esfuerzo terapéutico				Falta de una misión y visión conjunta
			Sobredemanda de consultas injustificadas				

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. *Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*. URSS: Alma-Ata; 6-12 de septiembre de 1978.
2. Organización Mundial de la Salud. La Atención Primaria más Necesaria que Nunca. *Informe Sobre la Salud en el Mundo 2008*; XII-XX. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2008/es/>
3. Ministerio de Salud, Departamento de Estadística e Informaciones de Salud. *Resumen Estadístico Mensual (REM) 2012, Consultas Médicas Realizadas en APS y Consultas de Especialidades Totales*. (Consultado el 21-10-13). Disponible en <http://www.deis.cl/>
4. Zoboli ELCP, Fortes PAC. Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família, São Paulo, Brasil. *Cuadernos de Saúde Pública* 2004; 20(6): 1690-1699.
5. González-de Paz L. Una bioética clínica para la atención primaria de salud. *Semergen – Medicina de Familia, España* 2013; 39(8): 445-449.
6. León FJ, Araya J, Niveló M. Propuesta de Comités de Bioética en la Atención Primaria de Salud en Chile. *Revista de Medicina y Humanidades* 2010; 2(1): 29-40
7. Pilar Lora L, González R. Experiencia en discusión de casos clínicos del Comité de Ética Clínico Asistencial (CEA) del Hospital Santiago Oriente (HSO). En: León JM. *Ética clínica y comités de ética en Latinoamérica*. 1ª edición. FELAIIBE; 2011: 204.
8. Garijo LJ, Altisent R, Delgado MT, et al. Sobre Bioética y Medicina de Familia (I). *Revista Atención Primaria, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria* 1999; 24(10): 602-613.
9. Gracia D. Introducción a la bioética: Origen, Fundamentación y Método. En: Gracia D, De Abajo FJ, et al. *La Bioética en la educación secundaria*; España: Ministerio de Educación Pública; 2007: 10-49.
10. Gracia D, Altisent R, Bernal AM. Retos éticos en Atención Primaria. En *Guía de Ética en la Práctica Médica*. Fundación de Ciencias de la Salud; 2012: 5-13.
11. Cortina A. Ser profesionales, no solo técnicos. En *¿Para Qué Sirve Realmente... La Ética?* 1ª edición. Paidós; 2007: 166-188.
12. Vidal-Gual JM. Las virtudes en la medicina clínica. *Archivos En Medicina Familiar* 2006; 8(1): 41-52.
13. Buchanan AE. The right to a decent minimum of health care. *Philosophy & Public Affairs* 1984; 13(1): 55-78. doi:10.2307/2265199.
14. Zurro M, Castelltort L, Sans Miret A. El modelo de atención primaria de salud: balance y perspectivas. *Revista Atención Primaria, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria* 2000; 25(1): 48-58. doi:10.1016/S0212-6567(00)78464-2.
15. Altisent R, Delgado MT. Bioética en atención primaria: cuestiones de confidencialidad. *Revista Atención Primaria, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria*, 1998; 21(7), 423-4.
16. Altisent R, Marroquín MTD, Garijo LJ, et al. Sobre bioética y medicina de familia (IV). *Revista Atención Primaria, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria* 2000; 25(6), 438-440. doi:10.1016/S0212-6567(00)78537-4.

Recibido: 2 de abril de 2015

Aceptado: 17 de junio de 2015