

## ***La medicina de familia, la bioética y la deontología médica: trípode fundamental en la atención primaria de la salud***

*Oscar Alberto Cerviño  
Claudio Emilio Jehin*

El siglo XX encuentra, desde sus comienzos, una medicina abocada al control de la transmisibilidad de las enfermedades, a los avances en el estudio de las vacunas, y a la aplicación de conceptos de asepsia, esterilización y anestesia.

Con todo, y a pesar de estar asentada la acción médica en sus conocimientos sobre diagnósticos, la salud de la población no mejoró, ya que la atención estaba orientada más al cuidado del paciente que a la cura de la enfermedad.

Es entonces cuando comienzan a destacarse los grandes clínicos, que inician sus escuelas y el uso de medicamentos, tales como la aspirina, el digital y la morfina que hoy, 100 años después, aún se utilizan.

En la segunda década se observan hechos que tendrán mucha gravitación: se trata del aporte de la física y la química, así como la creación y uso de instrumentos de apoyo como los equipos de Rayos X, el microscopio y el electrocardiógrafo.

Así, paulatinamente, se llegó al sistema actual en el que impera una práctica de tipo netamente mecanicista: implantes, sustituciones y reemplazos con sus bagajes de prótesis ortopédico-traumatológicas, marcapasos cardíacos y transplantes. Junto a esa evolución se ha impuesto una sobrevaloración de las especialidades y ultraespecialidades que va en detrimento de la clínica. Y, en algunas ocasiones, de la ética.

Es posible observar que se ha llegado a poner un profundo énfasis en las técnicas y metodologías con el fin de alcanzar un diagnóstico, aún en aquellos casos para los cuales no hay tratamientos previstos.

El espectacular avance de la química y, especialmente, de la bioquímica ha dado lugar al concepto de que los signos, síntomas o enfermedades propiamente dichas se solucionan o remiten con el desarrollo de una droga, su prescripción e ingesta.

En tanto, los trabajos de investigación presentaron, a grandes rasgos, dos décadas bien diferenciadas, a lo largo de las cuales se polarizaron los estudios: en la del cincuenta, la investigación estuvo orientada a los antibióticos, y en la del sesenta, a los psicofármacos. Junto a estas grandes corrientes se produjo una amplia diversificación en productos cosméticos, alimentarios, ortésicos, protésicos, veterinarios y material descartable que acrecentaron los costos en salud, ya que alrededor del 40% de ellos están directamente relacionados con esos insumos,

según estudios realizados por los organismos de la Seguridad Social.

En los comienzos de nuestra historia, la salud estaba ligada a un concepto de responsabilidad caritativa o individual, en virtud del cual predominaban entidades de beneficencia de todo tipo. El Estado, por su parte, cumplía funciones en materia de salud mediante actividades vinculadas a la higiene pública.

Es en la década del 40 cuando surge uno de los factores que modificaría el sistema sanitario de la Argentina: la formación de mutuales patrocinadas por las comunidades de inmigrantes. Y al recibir éstas el importante impulso de las distintas ramas de la producción, esto es, de los sindicatos, dio comienzo con ello el papel asistencial y, fundamentalmente, financiador de las obras sociales. Al mismo tiempo, se acentúa en este período la influencia del Estado en la planificación y administración de los servicios de salud, basados en los entonces importantes criterios de la salud pública acordes con los principios de la Organización Mundial de la Salud –O.M.S.–, 1948, y que incluyen la creación de un ministerio específico de salud.

Los años siguientes conducen a la formación de un modelo pluralista de planificación descentralizada. Se crean centros de planificación en los estados provinciales y entidades no estatales, se asiste a la provincialización de los hospitales públicos y hay un aumento de la capacidad instalada privada. En esta época, además, se produce un fenómeno que tendrá profunda influencia: las obras sociales, llevadas por su importante evolución y crecimiento, modifican sustancialmente sus mecanismos de acción al pasar de la voluntariedad a la obligatoriedad.

La seguridad social alcanza, así, los límites de la capacidad contributiva y, en ese sentido, se va conformando la legislación que regula sus alcances. Surgen, entonces, las leyes 18.160 (Obras Sociales Nacionales), 19.032 (creación del I.N.S.S.J.y P.) y 19.710 (mecanismos prioritarios de concertación). Es el comienzo de una filosofía de atención integral, multidisciplinaria y con un sentido bio-psico-social.

Dentro de ese esquema general, se forman sistemas prestacionales para brindar distintos niveles de atención con diferentes mecanismos contractuales. Por ejemplo: pago por capitación, por prestación, pago por módulos, etc.

Pero en medio de este desarrollo se desvaloriza el trabajo médico en relación con la tecnología. Se trata de un modelo orientado a los estudios de alta complejidad en un mercado económico de paridad cambiaria, con barreras aduaneras liberadas, importación indiscriminada de tecnología y expansión de la capacidad instalada sin planificación previa (por ejemplo: dos equipos de tomografía computada en la misma manzana).

En la descontrolada puja del sistema prestador, algunas sociedades científicas luchan por implementar normas de acreditación y prestacionales a fin de proteger los sistemas de salud. De este modo, con la aplicación de la tecnología de punta, pero con sustento académico, se observan alentadores resultados en la población,



sobre todo en el sector de mayor edad. Junto a una disminución del índice de morbilidad, se ha logrado el aumento del promedio de edad como índice de mortalidad, que ha pasado la impensable barrera de los 80 años.

Como objetivo prioritario y fundamental, debe agregarse a lo dicho la obtención de las siguientes condiciones que configuran criterios propios de la calidad médica: eficacia (capacidad de la ciencia y la tecnología para conseguir mejoras de salud cuando son usadas bajo circunstancias más favorables); efectividad (grado en el cual las mejoras, de hecho, son alcanzadas con el agregado de criterios económicos); eficiencia (capacidad de bajar el costo de la atención sin disminuir las mejoras alcanzables en salud), y optimización (equilibrio entre las mejoras en salud frente a los costos de alcanzar dichas mejoras).

Con criterios sociales, es preciso alcanzar, también, finalmente, estas otras metas: aceptabilidad (concordancia con las esperanzas, deseos y expectativas de los pacientes y los responsables de su familia); legitimidad (conformidad con las preferencias sociales, según los principios, valores, costumbres, leyes y religiones), y equidad (aceptación del principio que determina lo que es justo y correcto en la distribución de la atención de salud y sus beneficios entre los miembros de una población).

En la vorágine de conceptos técnicos, alta complejidad, economías de mercado, relación costo-beneficio, etc., surge la filosófica necesidad de formar a los profesionales de la salud en temas éticos.

Existen antecedentes sobre el particular, entre ellos, los conceptos del Padre Domingo Basso, que nos hablaba, en 1973, de "Problemas Generales de la Deontología Médica", y más atrás aún, en 1952, el discurso sobre experimentación humana del Papa Pio XII. Pero es en la década del '90 cuando se materializan los aspectos éticos de la relación médico-paciente y se analizan los conceptos de ÉTICA BIOMÉDICA-BIOÉTICA CLÍNICA. Estos asuntos fueron abordados en forma integral, humanística y cristiana en la Facultad de Medicina de la Universidad del Salvador por los doctores Fermín García Marcos y Mario Caponnetto, quienes instituyeron cursos al respecto para el Pre y Post-Grado.

En esa misma década, en nuestro país, comienza a forjarse la necesidad de que la dura relación entre el médico, el paciente y su familia adquiera un necesario componente humanístico, que, por entonces, sólo era mantenido por algunos clínicos y pediatras. Se hace evidente, en esos años, la necesidad de una formación médica que englobase estas características y amalgamase los conceptos antedichos, técnico-médicos, humanísticos, éticos y cristianos.

El Dr. Alejandro Serani, en su libro "Ética Cristiana y Ética Médica", analiza la existencia, o no, de una ética cristiana, y expresa: *"El cristianismo no es una moral (o una ética), entendida como una colección de normas, sino que tiene una moral, la cual se encuentra en estricta dependencia de aquello a lo que se adquiere "en" y "por" la fe."*

Las conductas humanas fueron, son y seguirán siendo de suma importancia. Lo que antiguamente se rescataba en forma intuitiva, actualmente se logra con una estrategia organizada sobre la base de los avances de la ciencia de la conducta y de las ciencias sociales. La atención va dirigida, aquí, al proceso mediante el cual los pacientes requieren la ayuda médica. Esto hace que el médico mismo conozca la importancia de su propia conducta para determinar la calidad de la atención prestada, que involucra las conductas terapéuticas (decisiones y prescripciones), la relación médico-paciente, los aspectos conductuales de las enfermedades, conceptos de salud, enfermedad y dolencia, así como todos los factores que contribuyen a la génesis de enfermedad.

La ética es la parte de la filosofía que estudia los fundamentos de la moralidad de los actos humanos, es decir, aquello en virtud de lo cual éstos pueden ser considerados buenos (si corresponden a lo que debe ser) o malos (en caso contrario).

La Deontología es la parte de la ética que se ocupa de los deberes y se aplica, en especial, a indicar las normas morales propias de una profesión.

Por otra parte, la medicina sufre numerosas transformaciones influidas por causas técnicas, científicas y sociales. La Medicina de Familia es una de las tantas disciplinas "nuevas", si bien ya se la vislumbraba en la época de la Revolución Industrial, pero con un concepto de profesión de privilegio. El médico no se dedicaba solamente al tratamiento de los signos y síntomas de las enfermedades, sino que era también un consejero fundamental en las problemáticas emocionales, educacionales y hasta socio-económicas.

Alrededor de esta figura, que inspiraba el respeto y la admiración en la sociedad, germinó el concepto de la relación médico-paciente con los valores éticos que esto representaba. La autoridad profesional y moral se cimentó en la imagen del "sacerdocio de la medicina" asociada con el significativo privilegio del que gozaban los sacerdotes de distintos credos.

Pero este antiguo médico fue relegado durante décadas. Se lo bastardeó con distintas denominaciones que, en algunos momentos, fueron más peyorativas que honoríficas, relacionadas en mayor medida con sistemas de pago que con atributos académicos.

A fines de los años '80 y comienzos de la década del '90, se produce este nuevo ingreso de la especialidad al Programa de Atención Primaria de la Salud, que constituye un aspecto fundamental de las condiciones generales de la salud debido a la importancia que tiene como parte de la carga global de la morbilidad, los actos relacionados con su tratamiento y la posibilidad de aplicar medios eficaces de prevención.

Con todo este bagaje de conocimientos, el *Servicio Cátedra de Clínica Médica del Hospital Profesor Doctor Ramón Carrillo* inicia en la década mencionada la planificación, programación y presentación de una Maestría en Medicina de Familia.

Cumplidas las tramitaciones ante las autoridades de la *Universidad del Salvador*, del Ministerio de Educación y de la CONEAU, y una vez obtenidas todas las convalidaciones, la cátedra dio comienzo pleno a sus actividades específicas.

Y surge, así, el gran desafío del año 2000. De acuerdo con lo expuesto precedentemente, radica en la reformulación del lugar de esta concepción de la medicina dentro del plantel médico asistencial, pero, por encima de todo, en la más completa formación ética y deontológica de sus profesionales.

*"El hombre de ciencia ayudará verdaderamente a la humanidad, si se conserva el sentido de trascendencia del hombre sobre el mundo y de DIOS sobre el hombre"*

S.S. Juan Pablo II -Hiroshima 1981-

### **Bibliografía**

- BASSO, Domingo. *Problemas generales de la Deontología médica*. 1973.
- CAPONNETTO, Mario. *El hombre y la medicina*. Ed. Scholastica. 1992.
- CAVE, A. *Development of an instrument to measure the effects of house-calls*. Master of Clinical. Clinical. Science Thesis. University of Western. Ontario. Canada.
- DONAVEDIAN, A. *Prioridades para el progreso en la evaluación y monitoreo de la calidad de la atención médica*. Rev. Salud Pública de Mejico. Vol. 35. 1993.
- GARCÍA, C. GARCÍA MARCOS, F. DI BARTOLO, I. *Prensa Médica* . N° 83 1996.
- GARCÍA MARCOS, F. *Introducción al tema bioético; definiciones*. 1996.
- PELLEGRINO, E. *La metamorfosis en la ética médica*. Rev. Chil. Ped. N° 65 1994.
- POPPER, K. MC INTYRE, N. *The critical attitude in medicine. The need for a new ethics*. British Medical Journal N° 287 . 1983.
- RUELAS BARAJAS, E. VIDAL PINEDA, L. *Unidad de Garantía de calidad de la Atención Médica*. Rev. Salud Pública de México. Vol. 32. 1990.
- SERANI, A. *Ética cristiana y ética médica*. 1993.
- WILLARD, R. (chairman). *Meeting the challenges of family practice*. American Medical Association. 1996.
- *Declaración sobre la eutanasia*. Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe. Vaticano. 1980.
- *Manual de Ética*. American College of Physicians. 1992.
- DR. CAPONNETTO, Mario. *Clases Magistrales*. 1998-1999.
- DR. GARCÍA MARCOS, Fermín. *Clases Magistrales*. 1998-1999.