

Dilemas bioéticos comunes en la atención hospitalaria

Common bioethical dilemmas in hospital care

Alexander Javier Ramos Velastegui^{1*}

Karina Daisy Urbina Aucancela¹

Deysi Beatriz Borja Borja¹

Gladys Vanessa Mite Cárdenas¹

Lidia Noemí Corro Veloz¹

Verónica Gissela Velasco Carvajal¹

¹ Hospital Alfredo Noboa Montenegro. Bolívar, Ecuador.

* Autor para la correspondencia. Correo electrónico: ramos_alexanderj@yahoo.es

RESUMEN

Introducción: La bioética es la filosofía que norma, regula y sanciona la actuación o práctica médica desde la perspectiva de la medicina como arte y ciencia sustentada en la creciente revolución tecnológica. Se espera que cada profesional y técnico de la salud en el ejercicio de la profesión realice su práctica asistencial sobre la base de los principios de la beneficencia, no la maleficencia, la justicia y la autonomía de la persona.

Objetivo: Reflexionar sobre algunos dilemas o errores éticos más frecuentes en la práctica clínica hospitalaria.

Síntesis: Algunas situaciones conflictivas en los centros hospitalarios incluyen la poca participación del paciente en las decisiones médicas durante el proceso de la enfermedad, las dificultades en la comunicación con el paciente por distorsión o mala interpretación, el uso inadecuado del interrogatorio y la sobrevaloración de los métodos diagnóstico en comparación con el método clínico.

Conclusiones: El código de ética y los principios de la ética médica son universales y constituyen el lenguaje común en el concierto de todas las naciones para las prácticas de salud independientemente de que cada país posea sus propias normas, reglamentos y resoluciones que regulan o modelan la conducta profesional, mas no garantizan por sí solas la práctica ética de la Medicina, pero conforman un importante marco referencial. En la práctica asistencial diaria los profesionales muestran las competencias aprendidas durante el proceso formativo precedente y el grado de vinculación alcanzado en la esfera asistencial-laboral.

Palabras clave: atención hospitalaria; ética; dilemas bioéticos.

ABSTRACT

Introduction: Bioethics is the philosophy standardizing, regulating and punishing medical practice and performance approaching of medicine as both art and science supported by the growing technological revolution. Every health professional and technician in their professional activity is expected to perform the care practice based on the principles of goodness –not the maleficence–, justice and the autonomy of the person.

Objective: To reflect about some dilemmas or ethical errors more frequent in hospital clinical practice.

Synthesis: Some controversial situations in hospital centers include the patient's little participation in medical decisions during the disease process, difficulties in communicating with the patient due to distortion or misinterpretation of the approaches, inappropriate use of the patient interview and overvaluation of diagnostic methods compared to the clinical method.

Conclusions: The code of ethics and the principles of medical ethics are universal and constitute the common language in the concert of all nations for health practices regardless of whether each country has its own rules, regulations and resolutions that regulate or model the professional conduct, but do not guarantee by themselves the ethical practice of Medicine but they make up an important referential framework. In the daily care practice, professionals show the competences learned during the previous training process and its application in the healthcare and working scenario.

Keywords: hospital care; ethics; bioethical dilemma.

Recibido:12/04/2018

Aprobado: 27/05/2018

INTRODUCCIÓN

Los principios de la ética médica son ampliamente conocidos en el ámbito de las Ciencias de la Salud. La bioética en su natural evolución está relacionada con los cambios sociales, económicos, políticos y jurídicos, así como con los derechos humanos y la democracia en ejercicio del derecho a la equidad y la libertad, razones por las cuales se insiste en el cumplimiento de las normas de conductas que regulan el comportamiento de los profesionales y técnicos de la salud para garantizar a la sociedad el respeto a la vida. Las exigencias sociales, los reglamentos nacionales, los códigos internacionales y las normativas, técnicas y métodos propios de las profesiones de la salud son ejemplos de los avances en la regulación de los servicios de salud y en el desempeño profesional.

La bioética es la filosofía que norma, regula y sanciona la actuación o práctica médica desde la perspectiva de la medicina como arte y ciencia sustentada en la creciente revolución tecnológica. Se espera que cada profesional y técnico de la salud en el ejercicio de la profesión realice su práctica asistencial sobre la base de los principios de la beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía de la persona, aunque se conoce que toda acción pudiera tener dos resultados favorables y desfavorables.

Es necesario señalar que todo acto tiene una intencionalidad, es posible que en la práctica asistencial se realicen actividades o acciones dirigidas a favorecer o alcanzar el bienestar y se obtenga el efecto contrario lo cual pudiera ser éticamente aceptable, pues no era la intención del profesional o técnico hasta que se demuestre lo contrario. Situaciones como estas se observan con frecuencia con los pacientes que necesitan cuidados paliativos o están en fase terminal de alguna enfermedad.

Se reconoce que, en la práctica asistencial, las actividades o acciones pueden tener dos efectos, uno beneficioso y otro perjudicial, y como principio del doble efecto hay que diferenciar entre las consecuencias o los efectos de un acto, y su intencionalidad. También se reconoce la existencia de situaciones extremas durante la práctica asistencial en las que solo es posible conseguir un beneficio (o evitar un perjuicio) causando un mal que no se desea. Este principio es el de la beneficencia en el caso de la sedación paliativa y de la sedación terminal cuando el profesional entiende que el efecto deseado debe ser el alivio del sufrimiento y el indeseado, la privación, parcial o total, de la conciencia. En los casos de pacientes con enfermedades terminales, la muerte no puede considerarse el efecto indeseado, porque el paciente fallecerá de cualquier manera ya sea como consecuencia de la evolución de su enfermedad o de sus complicaciones.⁽¹⁾

La tarea del equipo de salud debe estar orientada no solo a la prolongación de la vida de la persona enferma, sino a prolongarla con dignidad respetando la autonomía del enfermo, proveyendo a este de información necesaria y suficiente para la toma de decisión, escuchando a los familiares para esclarecer sus dudas e inquietudes, prepararlos para la toma de decisiones difíciles, ayudarlos a aliviar el dolor y la incertidumbre.⁽¹⁾

La práctica asistencial con el desarrollo tecnológico alcanzado por las ciencias aplicada a la medicina si bien facilita el diagnóstico y el tratamiento también expone a las personas a situaciones desfavorables relacionadas con la despersonalización y el poco humanismo de la atención en salud a las personas en todo el mundo. En este sentido los profesionales y técnicos de la salud se enfrentan a la posibilidad de incurrir en errores durante su gestión, lo que constituye un reto ya que deben prevenirse las situaciones desfavorables relacionadas con la responsabilidad social de los practicantes ante las negligencias, la despersonalización, el poco humanismo u otras acciones que perjudiquen al paciente durante su atención.⁽²⁾

Se afirma que estamos en presencia de un dilema ético cuando el profesional en el ejercicio de sus funciones se enfrenta a dos o más alternativas de actuación posibles y válidas, e incluyen principios y valores éticos. Este artículo pretende reflexionar sobre algunos dilemas o errores éticos más frecuentes en la práctica clínica hospitalaria.⁽³⁾

Es importante el estudio del tema considerando el creciente interés de la sociedad en la prevención de errores médicos y negligencias que llevan al traste con la salud y la vida

ocasionando lesiones, traumatismos o la muerte de personas que se acercan a los servicios sanitarios en la búsqueda de ayuda y satisfacción de necesidades humanas. Los errores médicos no solo afectan al enfermo, sino también a los familiares, al propio personal sanitario y a la imagen que tienen los usuarios sobre la institución.

Que se cometan o no errores médicos en una institución es un indicador de calidad de la atención y el hecho está muy relacionado con la satisfacción de los pacientes con la atención recibida, aunque en ocasiones estos errores pueden negarse u ocultarse por temor a las sanciones o demandas, de ahí que sea necesario crear un sistema de registro y control de errores médicos aun cuando la cultura dentro del entorno hospitalario tienda a ocultarlos. En la misma medida en que los errores sean aceptados y reconocidos disminuirá su frecuencia y, por ende, los conflictos éticos y bioéticos.

Los estudios sobre estos temas éticos orientan y guían hacia la propuesta de un plan de mejoras siempre que se identifiquen previamente las posibles situaciones de riesgos que favorecen que se cometan errores, negligencias y yatrogenias; aunque pueden ofrecer información para revisar las normas y regulaciones profesionales que guíen hacia la mejor actuación profesional en pos de la seguridad del paciente.⁽⁴⁾

Por otra parte, estudios profundos sobre los temas éticos pueden propiciar una investigación acerca de las personas que acuden a las instituciones sanitarias no solo desde el punto de vista individual y biológico, sino también deben verse como seres biopsicosociales y desde una perspectiva más humanista y personalizada que como se acostumbra a ver a las personas en los centros de salud.

Estas investigaciones contribuirán a que las personas se empoderen de sus derechos y de sus problemas de salud, aprendan maneras de vivir responsablemente con su enfermedad, comprendan la relación de la práctica médica con la vida, establezcan relaciones constructivas, productivas y participativas con los miembros del equipo de salud y abandonen las posiciones de dependencia y subordinación a los médicos.

A la luz del reconocimiento jurídico de los principios éticos por parte de la sociedad, estos se convierten en un lenguaje único y universal para regular la práctica médica de todos los profesionales y técnicos⁽⁵⁾, conocimientos que han de ser integrados junto con los métodos y las técnicas propios de la profesión y que deben formar parte de la filosofía de vida profesional en aras de lograr una reconstrucción más elaborada y científica de los derechos humanos y los principios éticos como máxima expresión del respeto a la dignidad humana.

Conflictos más frecuentes en la práctica médica hospitalaria

Como se sabe, los profesionales de la salud se enfrentan cotidianamente a conflictos de principios éticos, por ejemplo, beneficencia y autonomía, conflicto de valores, conflicto de evidencias, conflictos de ética personal y obligaciones profesionales, entre otros.⁽³⁾

Ante a una persona enferma, el profesional debe recordar que esa persona no solo tiene problemas físicos o biológicos, sino también problemas psicosociales. Esa persona expresa en cada momento sus emociones, inquietudes, creencias, prejuicios, que en situaciones amenazantes para la vida movilizan la esfera psicológica haciendo que se

tomen decisiones que no siempre son favorables para la salud y, lejos de ayudar a resolver el problema, se transforman en fuente de estrés para el paciente y sus familiares. Este estado suele empeorar los síntomas del paciente, agravándolos y propiciando la aparición de complicaciones que constituyen motivo de consulta médica e internamiento en centros de salud.

Ante una situación como esta el profesional o técnico de la salud deberá ayudar a devolverle la salud al paciente actuando en su beneficio, salvaguardando el secreto profesional e involucrando al paciente, a la familia y a la sociedad en el cuidado y la atención al paciente.

Algunas situaciones conflictivas en los centros hospitalarios se comentan a continuación:

1. Poca participación del paciente en las decisiones médicas durante el proceso de enfermedad.

En este caso las personas sin el conocimiento suficiente de las particularidades de los problemas de salud que la afectan, se someten a la decisión médica y no se cuestionan la necesidad de los exámenes o las pruebas diagnósticas que les indica el especialista, hecho que viola el principio de autonomía del paciente y de sus familiares. La familia solo reacciona cuando los resultados del tratamiento médico son insatisfactorios o fatales para el enfermo, en ese caso la familia formula una queja o reclama ante las autoridades sanitarias o legales para exigir una satisfacción.⁽⁶⁾

El principio de beneficencia o no maleficencia ayuda a comprender que las personas que acuden a los servicios de salud tienen el derecho de decidir autónomamente lo que es más conveniente y oportuno para su bienestar y felicidad, lo que implica que para tomar esa decisión también deben conocer las consecuencias que tiene para su salud y su vida tomar o no una decisión personal. A los miembros del equipo de salud le corresponde brindar la información adecuada de forma consciente y responsable.

Se reconoce que es precisamente en este contexto donde empiezan los conflictos entre médico y paciente y los pacientes presentan quejas ético-legales para expresar su inconformidad por no ser tenida en cuenta su opinión en cuanto a la atención en salud que reciben y reclaman su derecho a recibir información.⁽⁷⁾

Un aspecto importante a considerar reside en que el consentimiento informado es un documento diseñado para organizar mejor y priorizar la atención sanitaria y que no se pone en práctica a pesar de que tiene un elevado valor ético-legal. El consentimiento informado faculta o no a los profesionales de la salud para realizarle determinados procedimientos a los pacientes con previa información sobre la enfermedad, los riesgos, los beneficios y las alternativas de tratamientos, y le quita la posibilidad de tomar decisiones consciente, inteligente y responsablemente al enfermo, quien deberá contar con el apoyo del personal de salud hasta consensuar los pasos a seguir y en los cuales la persona enferma se compromete a participar.

En consecuencia, la aplicación del consentimiento informado en los servicios quirúrgicos es un requisito fundamental, porque, aunque el paciente tenga una visión general de su enfermedad, no conoce el tratamiento quirúrgico ni el anestésico que se le

administrará, de ahí la importancia de aplicar el consentimiento informado y de brindar la información adecuada para que se puedan poner en práctica dentro del proceso quirúrgico las decisiones del paciente. Se insiste en que una cosa es que el paciente autorice el acto quirúrgico sin conocer las alternativas diagnósticas o terapéuticas y otra es el consentimiento informado.⁽⁸⁾

En cualquier caso, la participación del paciente en la solución de su problema de salud es un aspecto que se ve beneficiado con la aplicación del consentimiento informado, con la persuasión informada del cirujano para que el paciente pueda conocer la necesidad de cumplir las recomendaciones médicas y las consecuencias y las complicaciones que pueden resultar de una decisión contraria a la sugerida por el profesional responsable de la atención del problema de salud.⁽⁹⁾

En una investigación realizada en la sala de terapia polivalente de un hospital clínico quirúrgico se entrevistó a pacientes, familiares y trabajadores de la salud sobre el uso y valor informativo del consentimiento informado. La población expresó que la información que ofrece el personal de la salud a pacientes y familiares es poco comprensible y que los métodos para comunicarlos no favorecen su comprensión. Los familiares y pacientes mencionaron que cuando se solicita información médica acerca del documento, los profesionales médicos brindan información poco detallada, lo que la hace incomprensible y poco clara.⁽¹⁰⁾ En tanto, los trabajadores entrevistados consideraran que el documento en cuestión no necesita ser aplicado inmediatamente, es una herramienta secundaria que en ocasiones no se pone en práctica por la urgencia para tratar la afección.

Estos planteamientos llaman la atención sobre la necesaria capacitación de todo el personal sanitario en este tema por su importancia legal ante situaciones judiciales, sobre todo en aquellos casos de profesionales o técnicos que laboran con personas en estadios graves o críticos de alguna enfermedad cuyas complicaciones puede llevarlos a la muerte, y esta lamentable situación da lugar a malas interpretaciones, cuestionamientos y reclamaciones por parte de los familiares.⁽¹⁰⁾

Se pudiera pensar que esta actitud pueda estar relacionada con la tendencia de muchos profesionales o técnicos de la salud a proteger a los pacientes y adoptar posiciones paternalistas y obviar así el derecho de las personas a decidir sobre su salud y su vida, pero con el apoyo y la guía del profesional; también puede estar relacionada con el temor de los profesionales a provocar ansiedad en sus pacientes y dar lugar a que este estado influya sobre su capacidad para cooperar. Ambas actitudes deben ser superadas por el personal de la salud ya que moralmente lo correcto es que las personas tomen sus propias decisiones sobre su salud, aun cuando no sean las que aconseja el personal médico.

La toma de decisiones es un proceso compartido, y el personal de la salud debe educar a los pacientes en este procedimiento ético-legal desde el mismo momento en que llegan a las instalaciones sanitarias, aunque a veces estas personas se sientan incapaces de tomar esas decisiones. Es preciso evolucionar hacia una era superior y abandonar el monopolio del poder, es preciso fomentar un cambio en la mentalidad del profesional y del paciente, pues los dos asumen un compromiso ético-moral desde el mismo momento que entran en contacto para buscar el bienestar biopsicosocial y espiritual.

2. Dificultades en la comunicación con el paciente, por distorsión o mala interpretación.

En algunas ocasiones dentro de los espacios asistenciales los miembros del equipo de salud, y en presencia de las personas ingresadas en la sala o de sus familiares, realizan disertaciones profesionales sobre varias afecciones que ayudan a tomar decisiones y a definir la conducta a seguir ante determinadas enfermedades; sin embargo, esto da lugar con mucha frecuencia a confusión y caos entre los pacientes bien por el vocabulario que se utiliza bien por la profundidad del análisis.⁽¹¹⁾

Otra situación que influye en la relación médico-paciente tiene que ver con la tecnificación de los métodos diagnósticos, el uso excesivo de muchos de ellos, así como la sobrevaloración de las nuevas tecnologías y del equipamiento por parte de los profesionales, ha hecho que se subvalore la aplicación del método clínico, del interrogatorio, del examen físico y el cumplimiento de la historia clínica, todos necesarios para el diagnóstico efectivo y el tratamiento oportuno y correcto de enfermedad del paciente.

El desarrollo tecnológico ha propiciado otras formas de ver y usar las nuevas tecnologías y esto incluye el carácter comercial y mercantil de los servicios que estos equipos pueden brindar, lo cual provoca un cambio en el tipo de relación entre el médico y el paciente, y convierte a las personas enfermas en clientes de los servicios de salud. En este tipo de relación desaparece el carácter afectivo y el fuerte compromiso del médico con los clientes, quienes exigen esmero como parte de la comercialización de la atención médica, lo que trae como consecuencia el incremento del riesgo de errores y el aumento de las demandas legales.

Las personas que acuden a los servicios de salud esperan que los profesionales de la salud cumplan con un grupo de requisitos y posean cualidades que magnifiquen la imagen del profesional⁽¹²⁾ En otro estudio realizado, los pacientes, el personal de enfermería y los médicos decidieron no decir la verdad por determinadas razones, pues lo más importante es informarle al enfermo estrictamente lo que él quiere y debe saber en el momento oportuno. Aunque los médicos declararon que desearían conocer el diagnóstico si fueran ellos los enfermos.⁽¹³⁾

Por último, la poca o ninguna información después de establecer el diagnóstico médico constituye otro inconveniente que molesta a los pacientes, quienes esperan que les expliquen su problema de salud y la conducta a seguir en lo adelante. En ocasiones los profesionales dan información excesiva cuando el paciente se muestra muy ansioso o está inseguro, y emplean un vocabulario rebuscado y técnico que más que tranquilizar al enfermo le provoca más ansiedad, miedo y preocupación.

No faltan las recriminaciones al paciente cuando no cumple disciplinadamente las indicaciones por falta de tacto del médico al comunicar el problema de salud y la gravedad. La inadecuada comunicación entre el médico y el paciente puede deberse a la poca importancia que le presta el profesional a este acto, al desconocimiento de los efectos positivos para el paciente que tiene esta relación en la esfera psicoafectiva o a los problemas personales del médico que, sin él quererlo, influyen desfavorablemente en esta relación.

3. Uso incorrecto del interrogatorio.

El interrogatorio es una de las herramientas del médico para obtener información valiosa que ayude a diagnosticar el problema de salud del paciente. Con frecuencia los pacientes se dan cuenta del interés que les presta el profesional según el tipo de pregunta y la duración de la anamnesis, apreciación que generalmente hace de forma intuitiva. También es frecuente que los pacientes se sientan incómodos, si perciben indiscreción, prisa o despreocupación por parte del médico, lo cual influye de alguna manera en la calidad de la relación entre el profesional y el paciente. En ocasiones se abordan temáticas que suelen ser engorrosas para el paciente cuando están presentes otras personas lo que pone en duda la experticia y preparación del profesional.

4. Sobrevaloración de la tecnología diagnóstica sobre el uso del método clínico.

El desarrollo de la telemedicina, la robótica y la informática si bien ha ayudado al hombre a solucionar algunos problemas relacionados con el diagnóstico médico, tratamiento y pronóstico de algunas enfermedades, también se ha alejado de los seres humanos, en particular, del enfermo. La elevada especialización médica de hoy provoca al distanciamiento y la indiferencia, y no tiene en cuenta que la persona enferma necesita experimentar la solidaridad, el cuidado, el afecto, la atención y el reconocimiento aun cuando goce de buena salud. Se cree que cuando los profesionales de la medicina indican una prueba diagnóstica con equipamiento de nueva tecnología no habrá errores de diagnóstico ni de tratamiento, porque se piensa que la tecnología es infalible.⁽¹⁴⁾

No es correcto que el médico sobrevalore la tecnología en detrimento del método clínico, esta sobrevaloración tecnológica puede apuntar a dificultades en la aplicación del método clínico, inseguridad o desconocimiento del profesional quien en consecuencia indicará de forma indiscriminada un sinnúmero de exámenes y pruebas diagnósticas que redundará en gastos de material de laboratorio y en abuso de la tecnología, elevará el riesgo de rotura de equipos costosos, aumentará el número de turnos para recibir el servicio lo cual acrecienta los costos de la atención sanitaria, la exposición innecesaria de las personas a las radiaciones y a las sustancias químicas con elevadas posibilidades de repeticiones de las pruebas ante falsos positivos o falsos negativos y todo esto creará la insatisfacción de los usuarios con los servicios de salud.⁽¹¹⁾

Hay quienes mencionan el uso indiscriminado de los procedimientos técnicos más avanzados, sin considerar los daños que muchos de ellos pueden ocasionar al paciente. Resaltan la vigencia del método clínico, no así de la tecnología que se vuelve obsoleta y tiene errores.⁽¹⁵⁾

La clínica guiará el diagnóstico⁽¹⁶⁾ mediante exámenes de laboratorio; se espera que el médico durante el examen físico y el interrogatorio desarrolle hipótesis diagnósticas presuntivas del problema de salud que aqueja a la persona y sobre la base de esta información primaria indique los exámenes de laboratorio necesarios y suficientes para corroborar o no la hipótesis.

Ambos métodos, la tecnología y la clínica, son útiles y necesarios, uno debe complementar al otro. El uso apropiado de los dos puede favorecer el diagnóstico temprano y oportuno de la afección lo que ayudaría al enfermo a recibir el tratamiento efectivo, a disminuir la estancia hospitalaria y a reducir el riesgo de complicaciones tal cual exige el principio de beneficencia y no maleficencia; los procedimientos diagnósticos o terapéuticos deben favorecer el bienestar más no el daño o malestar.

Otro dilema es el aborto, al respecto aún hay polémicas en muchos países debido a las prácticas religiosas, costumbres y culturas y a las implicaciones legales, pues es un delito penado por la ley ya que se considera que se pone en peligro la vida de los niños que están por nacer; otros países proponen que se autorice el aborto en circunstancias extremas como violaciones o ante malformaciones congénitas del feto. Por otra parte, la eugenesia es una situación ética que hay que analizar, ya que se ocupa de la búsqueda de la perfección y el mejoramiento genético humano ignorando el respeto al patrimonio genético de la humanidad y a la dignidad de las personas.

La muerte encefálica y la eutanasia es otra cuestión ética compleja. Se está en presencia de muerte encefálica cuando muere el cerebro y el cuerpo de la persona está vivo, es un conflicto ético que tiene que resolverse junto con la familia, puesto que los profesionales de la salud no están facultados para tomar decisiones sobre la obtención de tejidos u órganos para trasplantes, tampoco para decidir la eutanasia o muerte piadosa o por compasión con el deseo de mitigar el sufrimiento; en particular, en personas con enfermedades terminales. Es una alternativa usada y aprobada por varios países, pero aun no goza de la aceptación de otros gobiernos.

Para lograr que la práctica asistencial sea ética y moralmente procedente se precisa de una formación intencionada y dirigida a este fin. Cuando estos conflictos no son resueltos o existe más de una alternativa de solución, es necesaria la intervención de un comité de ética o de una comisión biomédica que de forma imparcial ayude a dilucidar el asunto y ofrezca la mejor respuesta sobre la base de los principios éticos.⁽¹⁷⁾

Ante estas problemáticas se plantea que la combinación del estudio y el trabajo es una estrategia válida para la formación de profesionales de la salud, mediante la cual los futuros profesionales desarrollan habilidades para enfrentar estos conflictos y valores como la responsabilidad⁽¹⁸⁾, al mismo tiempo aprenden a respetar a las demás personas con las que interactúan en el ejercicio de la profesión, en este sentido nos referimos a las personas enfermas y a sus familiares, al personal asistencial, a las autoridades académicas y administrativas, así como a la normas y reglamentos institucionales.

En este proceso de formación e interacción sistemática se desarrolla el sentido de pertenencia a una institución, a un sector, a un grupo o a un equipo que ayuda a afianzar la motivación por lo que se hace o se aprende.⁽¹⁹⁾

Los logros en la actividad asistencial deben producir satisfacción espiritual y personal, acciones que sistematizadas gradualmente se integran en la conciencia individual y social del futuro profesional y técnico y se incorporara como rasgo de la personalidad profesional en el futuro.

CONCLUSIONES

Los profesionales de la salud enfrentan hoy un gran desafío en el campo de los intereses económicos que se originan en la sociedad moderna que está bajo la influencia del lucro a pesar del deber que tiene de preservar los valores éticos, morales y deontológicos de Hipócrates como interés principal en el arte de servir a los demás y conseguir el bienestar del paciente.

Si bien los valores y los principios éticos de cada profesional son el resultado de un proceso subjetivo propio o individual de desarrollo de los valores que de alguna manera están en correspondencia con el sistema de valores e intereses generales de la sociedad en su conjunto y que también dependen de las influencias educativas y culturales, las normas y los principios de la sociedad en que vive; los profesionales y los técnicos deben tener en cuenta en sus relaciones con el paciente y sus familiares: el respeto al paciente y la preocupación por su bienestar e integridad física, psicológica y mental.

El comportamiento ético se basa en el sentido de la responsabilidad individual de cada profesional y técnico de la salud hacia cada paciente y en la capacidad de ambos para encontrar la manera correcta y más apropiada de satisfacer las necesidades de salud.

El código de ética y los principios de la ética médica son universales y constituyen el lenguaje común en el concierto de todas las naciones para las prácticas de salud independientemente de que cada país tenga sus propias normas, reglamentos y resoluciones que regulan o modelan la conducta profesional, y aunque no garantizan por sí solas la práctica ética de la Medicina, conforman un importante marco referencial.

En la práctica asistencial diaria los profesionales muestran las competencias aprendidas durante el proceso formativo precedente y el grado de vinculación alcanzado en lo asistencial-laboral.

De manera que, un proceso formativo sistemático e integrando la formación docente con los espacios asistenciales favorece el desarrollo de competencias para el enfrentamiento de situaciones de salud reales y donde el profesional/técnico establezca relaciones profesional-paciente de tipo horizontal, estable, cordial, respetuosa y donde la persona enferma sea vista como sujeto y no como objeto en el proceso, lo que incluye la relación con la familia.

Por último, hay que resaltar que la formación de valores profesionales debe ser un proceso consciente, organizado e intencionado donde prime un estilo de comunicación que posibilite el diálogo abierto y sincero que coadyuve a conocer al otro y a respetarlo en aras de la comprensión mutua.

REFERENCIAS

1. Cáceres Lavernia HH, Morales Morgado D. Reflexiones éticas sobre la sedación paliativa en enfermos terminales. Rev Hum Med. 2016 [citado 1 de enero de 2018];16(1):175-192. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202016000100012&lng=es

2. Conway J, Johnson B, Edgman-Levitan S, Schlucter J, Ford D, Sodomka P, Simmons L. Partnering with patients and families to design a patient-and family-centered health care system: a roadmap for the future: a work in progress. Bethesda, MD: Institute for Family-Centered Care; 2006.
3. Villareal Cantillo E, Visbal Illera G. Dilemas éticos. Salud Uninorte. 2013;29(1):113-123.
4. Gea Sánchez M, Terés Vidal L, Briones Vozmediano E, Molina F, Gastaldo D, Otero García L. Conflictos entre la ética enfermera y la legislación sanitaria en España. Gaceta sanitaria. 2016;30(3):178-183.
5. Pérez Vázquez IA, Sánchez Lera RM. El bastón de Esculapio: su historia. Rev Hum Med. 2014 [citado 1 de enero de 2018];14(1):220-237. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202014000100014&lng=es.
6. Martínez Hernández CM. Errores médicos en la práctica clínica, del paradigma biologicista al paradigma médico social. Revista Cubana de Salud Pública. 2006;32(1).
7. Escobar López MT, Carrera Celis CA. Percepción sobre consentimiento informado en pacientes de cuatro diferentes áreas de atención en salud en Bogotá, Colombia. Revista Latinoamericana de Bioética. 2015;15(1).
8. Castillo Pérez V, Hernández Campo PR, Correa Torrez M, Quintana E. Conocimiento del consentimiento informado en servicios quirúrgicos. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río. 2013;17(1):26-35.
9. López Carmona MdC, Casanova Moreno MdC. A propósito del artículo: El consentimiento informado en las amputaciones mayores de miembros inferiores. Rev Hum Med. 2016 [citado 1 de enero de 2018];16(3):394-397. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202016000300002&lng=es
10. Lozano Vicente A. Sobre la Bioética iberoamericana: una paradoja. Humanidades Médicas. 2014 [citado 1 de enero de 2018];14(3):570-588. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172781202014000300001&lng=es&tlng=es
11. Amaro Cano MC. (2009). Ética Clínica en Ética Médica y bioética. La Habana, Cuba: Editorial de Ciencias Médicas.
12. Salas Perea R, Salas Mainegra A. Educación Médica Contemporánea. Retos, procesos y metodologías. Universidad de Santander, Bucaramanga; 2014.
13. Guimará Batista NdÁ, Moraga Guimará R. Importancia de decir siempre la verdad al paciente. Rev Cubana Enfermer 2006 Jun [citado 2018 Abr 04];22(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000200007&lng=es

14. Nitsche A, Atamañuk N, Lujan Talavera M, Favaloro L, Lema L, Giacomi G, *et al.* Pulmonary Hipertension associated with connective tissue disease in the first Argentine collaborative Registry of pulmonar hypertension. *Journal Clinical Rheumatology*. 2016;22(3):113.
15. Rillo Arturo G, García Javier J, Vega-Mondragón L. Desilusión de la tecnología médica. *Rev Haban Cienc Méd*. 2009 [citado 1 de enero de 2018];8(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000400027&lng=es
16. Cárdenas Giraudy AG. Ética, Bioética y método clínico en el tratamiento de pacientes pediátricos aquejados de migraña. *Rev Cubana Pediatr*. 2016 [citado 1 de enero de 2018];88(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312016000200010&lng=es
17. Morgan S. Supervising the highly performing general practice register. *The Clinical Teacher*. 2014;11(1):53-7.
18. Rabadán Alejandra T, Tripodoro Vilma A. ¿Cuándo acudir al comité de bioética institucional?: El método deliberativo para resolver posibles dilemas. *Medicina (B. Aires)* 2017 [citado 1 de enero de 2018];77(6):486-490. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802017000600007&lng=es
19. Salas Perea R, Quintana Galende M, Perez Hoz G. Formación basada en competencias en ciencias de la salud. *Medisur*. 2016;14(4):456-463.
20. Porcel Gálvez AM, Mercado Begara C, Barrientos Trigo S, Gil García E. Expectativas profesionales del alumnado de enfermería desde un enfoque de género. *Educ Med Super*. [Internet]. 2015 [citado 1 de enero de 2018];29(4):890-905. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412015000400022&lng=es
21. Martínez Larrarte JP, Reyes Pineda Y, Sosa Almeida M. Toma de conciencia y formación de valores bioéticos en el Servicio Nacional de Reumatología. *Rev Cubana Reu*. 2010 [citado 1 de enero de 2018];12(15). Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/4516/451644598003/>

Conflictos de intereses

Los autores plantean que no tienen conflicto de intereses.