

Trayectoria de un comité de ética en la atención primaria

Carmen Nadal Agost¹, Maggie Campillay Campillay²

1. Universidad de O'Higgins, Rancagua, Chile. 2. Universidad de Atacama, Copiapó, Chile.

Resumen

La atención primaria es una estrategia sanitaria esencial y representa la base del sistema de salud chileno. El modelo de atención integral en salud transita de una relación clínica paternalista arraigada hacia el respeto por la autonomía y el enfoque de derechos. Esta transición conlleva conflictos éticos en toda red de prestadores, no obstante, estos han sido poco abordados en el primer nivel de atención. Este estudio indagó el caso de un Comité de Ética Asistencial de la región de O'Higgins en Chile. Para ello, se analizaron memorias y dictámenes de un periodo de siete años. Los principales resultados dan cuenta del uso del método deliberativo de Diego Gracia y del abordaje de conflictos relacionados a la autonomía y confidencialidad. Se considera relevante la institucionalización de los comités de ética asistencial, ya que se intersectan con la calidad y la atención centrada en la persona.

Palabras clave: Atención primaria de salud. Comités de ética clínica. Bioética. Análisis ético.

Resumo

Trajetória de um comitê de ética na atenção básica

A atenção primária é uma estratégia de saúde global essencial e representa a base do sistema de saúde chileno. O modelo de atenção integral à saúde passa de uma relação clínica paternalista enraizada para o respeito à autonomia e uma abordagem baseada em direitos. Essa transição gera conflitos éticos em toda a rede de prestadores, porém eles têm sido pouco abordados no primeiro nível de atenção. Este estudo investigou o caso de um comitê de ética em saúde na região de O'Higgins, no Chile. Para isso, foram analisados relatórios e pareceres por um período de sete anos. Os principais resultados dão conta da utilização do método deliberativo de Diego Gracia e abordagem de conflitos relacionados à autonomia e confidencialidade. Considera-se relevante a institucionalização de comitês de ética em saúde, uma vez que eles se relacionam com o cuidado de qualidade e centrado na pessoa.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Comitês de ética clínica. Bioética. Análise ética.

Abstract

Trajectory of an ethics committee in primary health care

Primary health care is an essential health strategy and represents the basis of the Chilean health system. The comprehensive health care model transitions from an entrenched paternalistic clinical relationship to respect for autonomy and a rights-based approach. This transition entails ethical conflicts in any provider network; however, these have been little addressed at the first level of care. This study investigated the case of a Health Care Ethics Committee in the O'Higgins region of Chile. For this purpose, reports and opinions from a seven-year period were analyzed. The main results show the use of Diego Gracia's deliberative method and the approach to conflicts related to autonomy and confidentiality. The institutionalization of health care ethics committees is considered relevant since they intersect with quality and person-centered care.

Keywords: Primary health care. Ethics committees, clinical. Bioethics. Ethical analysis.

Atención primaria universal y equitativa

La atención primaria de salud (APS) en Chile se enmarca en la Declaración Internacional de Alma-Ata de 1978 como una estrategia de asistencia sanitaria esencial, accesible a todas las personas, con su plena participación y a un costo asequible para el país, además de ser el núcleo del sistema de salud y formar parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad. En este contexto, la APS cumple funciones propias de “puerta de entrada al sistema sanitario”, pues representa para la población asignada en su territorio el primer contacto con el sistema de salud, fomentando la protección de la salud, la prevención de la enfermedad, la curación, la rehabilitación y los cuidados paliativos¹.

La cobertura de la APS en este país representa una red de más de dos mil centros ambulatorios administrados en un 90,5% por los municipios de cada comuna¹. Entre las personas beneficiarias destacan aquellos ciudadanos que tienen menores condiciones geográficas, económicas o previsionales para acceder a servicios asistenciales privados. Por ello, las prestaciones no significan un gasto económico directo a los afiliados al seguro público de salud (Fondo Nacional de Salud (Fonasa)) o a quienes no tengan ingresos ni puedan cotizar, siempre y cuando se inscriban formalmente en alguno de los centros de salud de la red. La cobertura alcanza a un 70,6% de la población¹.

En el diseño de las redes asistenciales se busca que la APS logre convertirse en la principal estrategia de cuidado de toda la población, planteando avanzar hacia su universalización en miras de responder a las necesidades de salud con justicia y equidad².

Centrada en las personas

Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS)

Desde 2005 se ha incluido el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS) en la APS, el cual pone a las personas en el centro de la toma de decisión y las reconoce como integrantes de un sistema sociocultural complejo. Las personas, como agentes activos en el cuidado de su salud, encaminan la organización sanitaria en función de sus necesidades para lograr el mejor estado de bienestar posible, mediante una atención integral, oportuna, resolutoria y de alta calidad. Este modelo declara tres principios: Atención centrada en las

personas, integralidad de la atención y continuidad en los cuidados mediante la red de prestadores².

Nuevo modelo de atención

Los conflictos éticos

Las orientaciones nacionales para la implementación del MAIS describen un marco ético asociado a una APS renovada para el país³, el cual se correlaciona con los enfoques de la planificación de la red sanitaria, tales como: atención de salud segura y de la calidad (no maleficencia); derechos ciudadanos, curso de vida, autodeterminación y participación comunitaria (autonomía); determinantes sociales de la salud (equidad); y la pertinencia cultural y de género (beneficencia)².

Los equipos de salud primaria desarrollan su actividad tanto en el entorno institucional, donde se entrega la atención directa y se trabaja en conjunto con la red hospitalaria (intrasectorial), como en el territorio donde la atención domiciliaria y comunitaria facilita el conocimiento del contexto social y sus determinantes, además del trabajo con otras instituciones de la red intersectorial. Con base en este modelo de atención integral, transcurren todas las etapas del curso de vida del individuo, y se interviene a la familia y al entorno, lo que origina frecuentes conflictos éticos que han sido poco abordados^{4,5}.

Esta desatención afecta la calidad asistencial^{6,5} al provocar en los equipos sanitarios sensaciones de ansiedad, paralización e indecisión, e incluso actitudes autoritarias hacia los pacientes. De acuerdo a la literatura revisada, esos problemas se resuelven de variadas formas utilizando la intuición, la evidencia científica o la experiencia del profesional⁵. En lo concreto, tanto la evidencia internacional^{4,7-11} como la nacional¹²⁻¹⁶ identifican conflictos éticos en el contexto de APS; entre los cuales se mencionan la dificultad en el manejo de datos confidenciales, el cuestionamiento de la autonomía de los pacientes ante el rechazo de tratamientos o incumplimiento de indicaciones, las discrepancias dentro del equipo de salud, la limitación de tratamientos en domicilio, entre otras temáticas de profunda sensibilidad social y riesgo de distrés moral en el personal de salud.

Gracia explica el neologismo “bioética” a partir de la unión de dos raíces griegas, *bios* y *ethos*, como la “visión responsable” para compaginar “ciencia” y “vida” respetando los valores implicados

en los conflictos que surgen entre ambas¹⁷. El campo de acción de la bioética en el ámbito clínico se ha desarrollado mayormente a nivel hospitalario, sin embargo, no ha sido ajena a la práctica de la medicina primaria.

Por ello, se ha propuesto que la bioética busque su propio camino en la APS mediante los Comités de Ética Asistencial (CEA)^{12,18,19}, aun cuando en Chile el reglamento que regula estos comités²⁰ señala que su conformación no es obligatoria en los centros de atención primaria, pudiendo inclusive optar a la adscripción de un CEA externo. A pesar de que los conflictos éticos que se generan en la atención hospitalaria, donde es obligatorio contar con un CEA, se pueden identificar, en el nivel primario, la forma de abordarlos es particularmente diferente²¹. Gracia describe que las peculiaridades añadidas de la ética propia de la medicina primaria se pueden reducir principalmente a la mayor importancia del contexto¹⁷.

Comité de Ética Asistencial en la APS

La experiencia

Los CEA son órganos colegiados de carácter consultivo e interdisciplinario, creados para analizar y asesorar sobre los conflictos éticos que se susciten como consecuencia de la atención de salud, para contribuir a mejorar la calidad de la atención y proteger los derechos de las personas en relación con ella¹⁷. Además, cumplen la función normativa de proponer protocolos institucionales de carácter preventivo, y de formar al equipo de salud en temas de ética asistencial²⁰. Según el registro de la oficina de Bioética del Ministerio de Salud, de los 135 CEA a nivel país, tan sólo un 13% pertenecen a la APS²². Esto explica la escasa literatura publicada en Chile sobre la forma en que estos CEA identifican y resuelven conflictos éticos en la APS^{13,16}.

Este estudio es un análisis documental cualitativo basado en los reportes anuales del CEA de la salud primaria en un municipio de la región de O'Higgins. Con base en esa revisión, se propone identificar las principales actividades realizadas durante su trayectoria, las áreas de conflictos éticos abordados y su relación con el modelo integral de atención en salud. Esto pretende ampliar el conocimiento sobre los procesos de manejo de conflictos éticos asistenciales en la APS y relevar la

implementación de los CEA, por el valioso apoyo que puede brindar a los equipos de atención.

Método

La investigación utilizó el paradigma interpretativo, metodología cualitativa y estudio de caso. Para Yin, un estudio de caso *es un método empírico que investiga un fenómeno contemporáneo (el caso) en profundidad, dentro de su contexto del mundo real, especialmente cuando el fenómeno y el contexto no son tan claros*²³. El estudio de caso fue único y descriptivo, y abordó el fenómeno del funcionamiento de los CEA de la APS, en el contexto nacional en donde son escasos los comités en funcionamiento, por lo que se indagó: ¿Cómo se resuelven los conflictos éticos de la APS en un CEA de la región de O'Higgins?

Este estudio consideró las siguientes etapas: a) descripción del contexto del CEA; b) descripción del caso en profundidad, incluyendo los conflictos éticos que aborda; y c) procesos de resolución de conflictos. Para ello, se consideró el análisis de documentos públicos referidos a los informes anuales o memorias, y dictámenes de un CEA de la región de O'Higgins en el periodo de siete años, entre junio del 2015 a diciembre del 2022.

Para el análisis de datos, se consideró dos rondas de lecturas de los documentos seleccionados; una realizada por la investigadora principal, experta en bioética con amplia experiencia en CEA y APS; y la otra llevada a cabo por una investigadora colaboradora experta en bioética sin experiencia en CEA, pero con amplia experiencia en APS, manejando de esta forma el sesgo de la investigadora principal. Esto permitió identificar el contexto de estudio, describir al CEA en relación a sus funciones legales, normativas, consultivas y formativas, e identificar las principales consultas realizadas al comité, para establecer la forma en que se abordan los conflictos éticos.

En seguida, se realizó una categorización temática siguiendo estos propósitos y se utilizó una matriz Excel® para facilitar el análisis de los datos. Los criterios de confiabilidad fueron la triangulación entre las investigadoras, la utilización de documentos densos y variados correspondientes al CEA en un periodo de siete años, hasta la saturación de información. La replicabilidad es posible, ya que los documentos son públicos y posibles de conseguir siguiendo los protocolos de transparencia pública.

Resultados

Los documentos revisados fueron 36 dictámenes (documento que contiene el análisis de casos o consultas y sus recomendaciones) y 7 memorias (reportes anuales de las actividades realizadas) del CEA de APS en un municipio de la región de O'Higgins, registrados en el periodo de junio del 2015 a diciembre del 2022. Durante este periodo, se recibieron 70 consultas que fueron resueltas según las atribuciones del CEA, y distribuidas en primer lugar, en la función consultiva; en segundo lugar, la función formativa; y, en tercer lugar, la función normativa. En relación al método utilizado para resolver las consultas que involucran conflictos éticos de la práctica clínica de la APS, se utilizó siempre el método deliberativo de Diego Gracia²⁴, en que se identificaron los ocho pasos clásicos:

- 1. presentación de la consulta al CEA;
- 2. discusión de aspectos clínicos, sociales, normativos y legales;
- 3. identificación de los problemas morales y los principios bioéticos involucrados;

- 4. elección del conflicto ético para discutir;
- 5. identificación de los cursos de acción posibles;
- 6. deliberación de los cursos de acción óptimos;
- 7. recomendaciones finales;
- 8. argumentos que se estaría dispuesto a defender públicamente.

De acuerdo a los datos analizados, se identificaron las siguientes actividades que reportan a las funciones del CEA:

Función consultiva

Las asesorías realizadas por el CEA se relacionan con conflictos éticos de la práctica clínica que, una vez identificados por los prestadores sanitarios, fueron ingresados como consultas con el propósito de prevenir la vulneración de derechos de los pacientes, según se detalla en la Tabla 1. Además, las principales consultas y conflictos se relacionan con el principio de autonomía (Tabla 2), y el derecho a la confidencialidad de los datos del paciente (Tabla 3).

Tabla 1. Principales conflictos éticos y derechos asociados que fueron abordados por el CEA en el periodo 2015-2022

Consultas de casos con relación a:	Principios éticos involucrados y función del CEA
Derecho a la intimidad del paciente	Confidencialidad. Velar por el resguardo y uso de datos contenidos en fichas clínicas y a propósito de la relación clínica.
Derecho a decidir sobre la propia salud	Autonomía. Velar por la libertad de decisión del paciente basado en la información, voluntad y capacidad.
Derecho a la información completa y objetiva, y en ningún caso destinada a influir en la mujer	Justicia y vulnerabilidad. Velar por proporcionar información oportuna, veraz y comprensible sobre las características y alternativas de la prestación médica de la interrupción del embarazo por las causales que establece la Ley N.º 21.030 en Chile.
Derechos sexuales y reproductivos de mujeres con déficit cognitivo	Justicia y vulnerabilidad. Velar por la igualdad de oportunidades y el respeto por la opinión y decisión de las personas, considerando sus características individuales.
Derechos de adultos mayores	Vulnerabilidad. Velar por una muerte digna en domicilio.
	Principio de proporcionalidad. Velar por una adecuación del esfuerzo terapéutico proporcionada en pacientes con dependencia severa atendidos en su domicilio.
	Justicia. Velar por el acceso a prestaciones de salud pertinentes acordes a la calidad de vida y proyectos individuales.
Derechos de niños, niñas y adolescentes (NNA)	Vulnerabilidad e interés superior. Velar por el acceso a prestaciones de salud pertinentes acordes al desarrollo individual de NNA.
Derechos de los migrantes	Justicia, equidad y vulnerabilidad. Velar por el acceso a la protección de la salud.

Tabla 2. Tipo de consultas asociadas a la confidencialidad y al modelo de atención integral de salud, 2015 y 2022

Manejo de datos sensibles para campañas benéficas en el CESFAM	
Confidencialidad	Enfoque centrado en las personas Privacidad de datos en uso de aplicaciones WhatsApp-Telegram-otros. Uso de grabaciones audiovisuales dentro de un CESFAM. Acceso a las fichas clínicas electrónicas por parte del personal fuera de la jornada laboral. ¿Qué registrar o no registrar en ficha clínica? Resguardo de la privacidad en la atención de pacientes inmigrantes con la participación de intérpretes, debido a la barrera idiomática.
	Enfoque familiar (Integralidad) Revelar diagnósticos a familiares de pacientes o a parejas de pacientes con VIH que niegan hacerlo por ellos mismos. Revelar diagnósticos a pareja de pacientes con VIH que niegan hacerlo por ellos mismos. Resguardo de datos contenidos en fichas clínicas de adolescentes ante sus tutores o padres. Estigmatización de personas fallecidas por acceso de terceras personas a sus datos registrados en el certificado de defunción. Entrega de ficha clínica a herederos de un paciente fallecido.
	Enfoque comunitario y territorial (Continuidad de cuidados) Resguardo de datos de personas contagiadas con coronavirus durante el proceso de trazabilidad de contactos. Uso de listado de nombres de pacientes en diarios murales ante intención de contactarlos infructuosamente por otros medios. Enfoque intrasectorial. Estrategia de consultorías en psiquiatría para equipos de atención primaria con participación de pacientes y de profesionales no tratantes del caso, con un fin docente y de resolutiveidad. Resguardo de datos dentro de la red sanitaria para el manejo de pacientes en común. Resguardo de datos dentro de la red de servicios sociales del territorio para la intervención de casos en común.

CESFAM: Centro de Salud Familiar

Tabla 3. Tipo de consultas asociadas a la autonomía y al modelo de atención integral de salud entre los años 2015 y 2022

Cuestionamiento del nivel de competencia en población vulnerable para consentir	
Autonomía	Enfoque centrado en las personas Proceso del consentimiento informado (¿Importancia en el diálogo o en la firma?). Elección de método anticonceptivo en adolescentes con déficit cognitivo. ¿Se requiere consentimiento informado para test PCR? (Durante la pandemia). Rechazo de insulinoterapia en paciente con retraso mental moderado. Rechazo de tratamiento en paciente VIH positivo.
	Enfoque familiar (Integralidad) Autonomía subrogada en adolescentes de 14 años (¿Padres o adultos significativos?). Toma de examen IFI en CESFAM centinela para identificar circulación viral sin un consentimiento informado para el procedimiento. Rechazo de vacunación en paciente con trastorno del espectro autista. Cuidadora exige contención física por parte del personal para hacer el procedimiento.
	Enfoque comunitario y territorial (Continuidad de cuidados) Unidad de epidemiología: ¿Como actuar ante rechazo de toma de test PCR de un caso sospechoso? (Durante la pandemia). Rechazo de hospitalización por parte de paciente adulto mayor. Familia solicita tratamiento en domicilio por el equipo de APS. Toma de examen IFI en CESFAM centinela para identificar circulación viral sin un consentimiento informado para el procedimiento.

Función formativa

Se realizaron tres jornadas de capacitación anual, dirigida al personal sanitario y comunidad interesada en la bioética. Las actividades tuvieron como propósito profundizar en temas relacionados con el funcionamiento de los comités, así como los principales conflictos éticos identificados en las deliberaciones del CEA que generaban debate en el personal de salud y la opinión pública como: humanización de la atención; confidencialidad y manejo de datos; derechos humanos de las personas mayores; decisiones al final de la vida; donación de órganos; autonomía progresiva de niños, niñas y adolescentes; estigmatización de pacientes con patología de salud mental; y problemas en la atención de salud en personas migrantes.

Función normativa

Respecto a la participación del CEA en asesorías de políticas internas de la organización, cabe destacar que, en siete años, se elaboró un protocolo comunal denominado "Atención de inmigrantes en condición migratoria irregular". Esto como consecuencia de un caso atendido en el Servicio de Urgencia de un Centro de Salud Familiar (CESFAM), en que se impidió el acceso a la atención de migrantes debido a la falta de un seguro de salud. Además, se confeccionó un formulario de "asentimiento informado" para la entrega de datos sensibles a los tutores o padres de adolescentes como medio para promover la autonomía progresiva en este grupo etáreo.

Discusión

Para Cortina, todas las organizaciones toman decisiones orientadas por valores, los cuales se expresan en su misión²⁵. No obstante, el gran problema de las sociedades es que en el papel declaran muchos valores, pero las personas no perciben que las decisiones se tomen teniéndolos en cuenta. Por lo tanto, el proceso de una ética organizativa consiste en tratar de implementar pasos para que las decisiones se tomen con base en la articulación de esos valores. En este sentido, la filósofa española propone que en el caso particular de la ética de la organización sanitaria incluya:

1. la ética clínica (interdisciplinaria);
2. la ética de la gestión (proporcionar un bien a la sociedad);

3. la ética de las profesiones sanitarias (actuar en pro del interés del paciente)²⁵.

En Chile, el componente ético se incorpora en los criterios de evaluación de la calidad y acreditación de prestadores institucionales, mediante la existencia de un CEA, como mecanismo de resguardo de la ética médica, profesional e institucional²⁶. Como menciona Callahan y Jennings en Pérez Ayala²⁷, históricamente los CEA fueron impulsados en el campo biomédico y las instituciones hospitalarias, en las cuales el primer nivel de atención fue relegado a segundo plano.

Sin embargo, los avances en derechos a la salud, y su relación directa con la calidad de la atención, han permitido que la dimensión ética sea un área fundamental en los servicios centrados en las personas. La experiencia chilena se asemeja al impulso de países como España²⁸ y Noruega²⁹ cuyas normativas nacionales dirigidas principalmente a nivel hospitalario han sido adaptadas a la salud primaria con el objetivo común de encontrar una vía para incorporar e institucionalizar la bioética en la organización sanitaria, a través de los Comités de Ética Asistencial¹².

Los hallazgos de este estudio dan cuenta de que el desarrollo y el funcionamiento de un CEA en APS en la región de O'Higgins son una instancia concreta y permanente para resolver casos, tanto de ética clínica como de ética institucional. Eso se evidencia con el nivel de demanda en las consultas y la generación de dictámenes para afrontar problemáticas éticas existentes en ese nivel de atención, en conjunto con promover espacios de formación en bioética y sus alcances en el derecho aplicado a la atención primaria¹².

Como señala Diego Gracia, cuando se trata de mejorar la calidad asistencial, se requiere contar con una permanente reflexión de las prácticas sanitarias de manera dialógica y transdisciplinaria, pues si la dificultad radica en la discrepancia entre los cursos de acción entre una persona y otra, además de los hechos y las consecuencias, parece necesaria la ponderación de los diferentes valores involucrados que influyen en la satisfacción usuaria teniendo en cuenta la singularidad de los contextos¹⁷.

Desarrollo de las funciones del CEA

La revisión documental evidenció que las funciones del CEA se distribuyen principalmente en la función consultiva, seguida de la formativa y finalmente la normativa. Según el art. 8 del

Decreto N.º 62, la función consultiva se refiere a *asesorar a los usuarios o prestadores en el proceso de toma de decisiones relativo a aquellos conflictos ético-clínicos que se susciten como consecuencia de la atención en salud*²⁰, la función formativa busca contribuir a la promoción de la formación en bioética de los prestadores individuales y su difusión a usuarios de la institución, así como la de los miembros del propio comité y del equipo directivo de la institución a la que pertenezcan²⁰, y la función normativa permite proponer a la institución protocolos y orientaciones de actuación de carácter preventivo para enfrentar situaciones en las que puedan surgir frecuentemente conflictos ético-clínicos²⁰.

Esta mayor preocupación del CEA por los temas consultivos se relaciona con la relevancia dada al *respeto a la dignidad, autonomía e intimidad de las personas que participan en la relación clínica*²⁰. De acuerdo a Atienza³⁰, la dignidad es un rasgo común a todas las declaraciones en el ámbito internacional o nacional. Es por ello que la *Declaración de Derechos Humanos* y la *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la Unesco* se fundamentan en la dignidad de las personas. Siguiendo la idea del autor, la dignidad es un concepto complejo, impreciso, cuya propiedad se aplica a todo ser humano sin distinción, que no admite graduación, y se aplica de forma universal.

En Chile, el marco de la Ley N.º 20.584/2012³¹, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con las acciones vinculadas a su atención en salud, expresa en su párrafo 2.º el *derecho a un trato digno*³¹, mientras en su artículo 5.º enuncia que, *en su atención de salud, las personas tienen derecho a recibir un trato digno y respetuoso en todo momento y en cualquier circunstancia*³¹. Este marco regulatorio permite que el ámbito “dignidad de los pacientes” sea materia obligada para los prestadores institucionales e individuales, y un avance importante para el monitoreo de indicadores de la calidad asociados a la dignidad y trato de los pacientes.

Así mismo, la Superintendencia de Salud operacionaliza el ámbito 1 el *respeto a la dignidad del trato al paciente*³² a través del cumplimiento de una serie de requisitos institucionales para resguardar el trato que se otorga, estableciendo que es el Comité de Ética Asistencial quien resuelve las materias de orden ético que son consecuencias de las actividades asistenciales³². Basado en este estándar, la formación y capacitación

de los profesionales que ejercen en la atención primaria, y que además conforman un CEA, constituye un requisito básico para tener las mínimas competencias en bioética y aplicar métodos de deliberación cuando ingresan las consultas.

En este sentido, el estudio exploratorio realizado por León en el año 2010, en comités de tres comunas de la región metropolitana, coincide en la necesidad de formación de sus miembros, ya que, a pesar de la experiencia profesional, algunos(as) nunca tuvieron asignaturas de bioética en su formación de pregrado o quienes declararon haberla tenido consideraron que ésta estaba alejada de los problemas propios de la atención primaria de salud. Si bien los conflictos morales que se discuten en los CEA de APS pueden ser comunes a los hospitalarios, siempre existirán contextos socioculturales en los territorios que les asignarán características particulares¹⁷.

La literatura revisada es coincidente con la idea de que las funciones de los CEA son progresivas y evolutivas, es decir, una vez que los miembros permanentes del comité adquieren competencias deliberativas bioéticas, avanzan en las funciones formativa y normativa¹².

Conflictos éticos de la Atención Primaria de Salud

De acuerdo a la revisión, los principales conflictos éticos deliberados por el CEA se relacionan con el principio de confidencialidad y autonomía, ambos incluidos en la Ley N.º 20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas con relación a las acciones vinculadas a su atención de salud³¹. Las otras temáticas abordadas por el comité se relacionan con los derechos de adultos mayores, niños, niñas y adolescentes, personas con patologías de salud mental, los derechos reproductivos de las mujeres y los derechos de las personas migrantes.

Comparativamente con el estudio realizado por Contreras¹⁴ en una comuna de la región metropolitana, existe coincidencia con los conflictos éticos abordados por el CEA y diferenciados por curso de vida, asociado al enfoque de ciclo vital contenido en el MAIS, además de los problemas referidos a la confidencialidad y autonomía. Sin embargo, no se mencionan los conflictos éticos asociados al derecho a la salud de personas migrantes, lo que posiblemente se relaciona con el mayor flujo de migrantes internacionales en los últimos años en Chile, quienes

requieren con mayor frecuencia de servicios sanitarios. En este sentido, el marco regulatorio reforzó en la última década la Política Nacional Migratoria basada en las convenciones internacionales suscritas por nuestro país para garantizar los derechos humanos de la población migrante³³.

En relación a las consultas asociadas al principio de autonomía (Tabla 3), los conflictos ético-clínicos derivan de complejidades en la atención sanitaria entre el prestador y el usuario del sistema²⁰. En este caso, llama la atención que en su mayoría se refiera a los rechazos de los usuarios a tratamientos, hospitalizaciones, vacunación y toma de exámenes.

En este punto, se entrelazan las tensiones relacionadas con el derecho a ejercer la autonomía, la competencia y capacidad legal de los pacientes para no consentir, con la responsabilidad profesional; sobre todo, cuando existe el convencimiento por parte del equipo de que lo que se ofrece al paciente es importante y vital. El respeto frente a la negativa del paciente o abandono al tratamiento es un conflicto que genera gran desazón en el equipo médico³⁴ y expone la dificultad de los médicos y equipos de salud para eliminar el modelo paternalista y avanzar hacia los modelos informativo, interpretativo y deliberativo, caracterizados por el derecho de los pacientes a ser debidamente informados para participar y tomar las decisiones que se relacionan con su salud³⁵.

Aunque no existen estudios en profundidad en Chile sobre el paternalismo médico, es posible asociar en parte este arraigo al modelo biomédico y a la naturaleza de la prestación de servicios médicos, que se relacionan con el “deber profesional” explicitado en el código deontológico. Además, hay la obligación legal presente en el Código Civil, en que el médico suscribe un contrato con el paciente, asignándole una responsabilidad “exigible” en la entrega de “información, protección y seguridad”. En este sentido, el incumplimiento de servicios médicos “injustificados” alcanzará no solo al médico, sino al equipo y al establecimiento de salud.

El deber de informar adecuadamente al paciente satisface el principio de autodeterminación, corrige la asimetría entre el médico y paciente, y permite, en cierta medida, entregarle el control al paciente de sus decisiones sanitarias³⁶.

La naturaleza a largo plazo de las relaciones en la atención primaria brinda una perspectiva diferente

sobre el respeto por la autonomía, frecuentemente ligada a la práctica de la obtención del consentimiento informado en el ámbito hospitalario, pero que difiere en la atención primaria, ante una relación más estrecha entre el equipo de salud y el paciente⁹. Por otra parte, el tratamiento es menos urgente, y el paciente es experto en su propia realidad y menos “obediente” para cumplir indicaciones.

Por eso, el marco ético para el consentimiento o el rechazo de tratamientos necesita una nueva mirada en su aplicación para abarcar situaciones en las que el equipo de salud primaria tiene la responsabilidad de explorar causas sociales y biomédicas de la enfermedad, y en las que las preferencias y prioridades del paciente, o su familia, no se ajustan necesariamente a la evidencia disponible³⁷.

Para Gracia¹⁷, esta corriente ética con enfoque comunitario permite comprender más profundamente temas clásicos de la ética médica (evaluación de la capacidad de los pacientes, determinar el mayor beneficio del paciente, comprensión de tratamientos proporcionados y desproporcionados, etc.), pues contextualiza más y mejor la realidad del caso concreto y a diferencia del nivel hospitalario, la intervención en la salud primaria no es solo ni principalmente sobre el hecho objeto de análisis o el paciente, sino también sobre la comunidad y la matriz sociocultural. El lenguaje de los principios y las consecuencias resulta excesivamente simple a nivel de salud primaria por lo abstracto, genérico y descontextualizado; el lenguaje moral *ad hoc* a este nivel es el de hábitos de vida (virtudes y vicios). Mientras en medicina hospitalaria, se realizan actos que pueden plantear problemas morales graves, pero por la breve estancia hospitalaria, difícilmente, pueden transformarse en hábitos.

Por el contrario, en medicina primaria, lo que plantea verdaderos problemas éticos no son tanto los actos como lo hábitos, justificando aún más los procedimientos de educación en valores con metodologías específicas, pues no solo se manejan hechos distintos que lo hospitalario, sino también un mundo de valores de mayor amplitud y complejidad¹⁷.

En relación a las consultas realizadas sobre el manejo de datos (Tabla 2), cabe señalar que la confidencialidad se refiere a la reserva que debe mantener el equipo de salud frente a la comunidad, respecto a los datos de las personas a los cuales tiene acceso, con el fin de garantizar su derecho a la intimidad³⁸. Es inevitable el aumento en el riesgo

de exponer información sensible y vulnerar la confidencialidad al considerar la cantidad de prestadores que participan en la atención del paciente (profesionales, técnicos y administrativos) ^{14,39}. Los datos biopsicosociales son necesarios de obtener para la intervención integral propia del modelo de atención, siendo la confidencialidad interpretada diferente por el paciente, según el contexto hospitalario o primario ⁴⁰.

Método deliberativo utilizado por el CEA

Los casos consultados al CEA utilizaron el método deliberativo de Diego Gracia, que corresponde a un proceso de deliberación moral para la toma de decisiones a partir de un análisis detenido de circunstancias y consecuencias que concurren a una situación concreta, para identificar de entre los cursos de acción posible el que sea óptimo ⁴¹.

La deliberación se realiza en un diálogo interdisciplinar, plural y secuencial en que se identifican los hechos relevantes, los valores implicados y los cursos de acción razonables y prudentes. Esto cumple los objetivos de reconocer los casos distintivos de la APS y, a largo plazo, ofrecer educación continua a sus miembros y al equipo de salud, y elaborar políticas de orientación institucional respecto al trabajo rutinario del equipo de salud ¹³. El camino de la deliberación ha sido ampliamente reconocido para solucionar este tipo de conflictos en una sociedad plural, pues facilita encontrar cursos óptimos de acción entre los cursos extremos de una decisión, procurando el respeto por la dignidad de las personas.

Esta revisión de los reportes anuales muestra que los recursos invertidos (horas de profesionales) se traducen en un cuidado de la dimensión ética que es esencial para mejorar la calidad asistencial, pero esto es insuficiente para justificar la existencia de CEA en APS. Esto requiere desarrollar mayor investigación empírica para demostrar resultados ⁴². Por eso, es preciso centrar la mejora de la gestión de CESFAM al incluir las recomendaciones del CEA, las cuales se generan a partir de la casuística o de la literatura científica disponible en las materias tratadas en sus sesiones para aplicar la bioética a problemas concretos

en la atención de salud y prevenir la vulneración de derechos en la población a cargo.

Consideraciones finales

El caso del CEA de APS de la región de O'Higgins en Chile permite concluir que, si bien comparte conflictos éticos y clínicos con el nivel hospitalario y el contexto sociocultural en que se desarrolla, la relación entre el prestador y el paciente es única y compleja. Esto impone desafíos para contar con equipos sanitarios con elevadas competencias en bioética y un marco regulatorio que favorezca la institucionalización de los comités asistenciales. En este sentido, la relación de los CEA con la calidad de la atención centrada en la persona favorece su institucionalización y releva el ámbito de la dignidad de las personas.

Los procesos identificados para abordar las consultas ingresadas al CEA responden al método deliberativo de Diego Gracia, cuya contribución no solo permite sistematizar el proceso de abordaje de las consultas, sino que facilita la identificación de los conflictos éticos e instala una forma de argumentación, pluralista e interdisciplinaria, para resolver estos problemas. Esto abre una ventana de oportunidades para responder de mejor forma a conflictos éticos y desarrollar guías de orientación para prevenir su aparición, y/o mejorar la forma de abordarlos. Al respecto, el desafío de avanzar hacia la universalización de la APS hace más necesario el apoyo a los equipos en los aspectos éticos, dado que emergerán con mayor frecuencia conflictos éticos que escapan a sus competencias.

Las principales consultas y conflictos éticos revisados fueron organizados por ciclo vital, lo que se relaciona con el enfoque del modelo de atención integral. Aunque se abordan otros temas, como el derecho a la salud de población migrante, lo que da cuenta de que el CEA se va adaptando a los nuevos escenarios sociodemográficos y epidemiológicos del país.

Finalmente, las autoras resaltan el aporte de los CEA en la formación en bioética, derechos humanos, justicia social, derechos y deberes de los pacientes y, sobre todo, la autonomía de los pacientes, por lo que instan a otros autores a fortalecer esta línea investigativa.

Referencias

1. Gattini C. Atención primaria de salud en Chile y el contexto internacional: vigencia, experiencia y desafíos [Internet]. Santiago: Observatorio Chileno de Salud Pública; 2019 [acceso 10 jan 2023]. Disponible: <https://bitly.ws/TA7V>
2. Chile. Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales. Orientaciones para la planificación y programación en red [Internet]. Santiago: Ministerio de Salud; 2023 [acceso 10 jan 2023]. Disponible: <https://bitly.ws/3cJGC>
3. Chile. Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales. Orientaciones para la implementación del modelo integral de salud familiar y comunitaria: dirigido a equipos de salud [Internet]. Santiago: Ministerio de Salud; [s.d] [acceso 10 jan 2023]. Disponible: <https://bitly.ws/3cJGY>
4. Silva LT, Zoboli ELCP, Borges ALV. Bioética e atenção básica: um estudo exploratório dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos no PSF. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2006 [acceso 10 jan 2023];11(2):133-42. Disponible: <https://bitly.ws/3cJHY>
5. Alonso YM. ¿Necesitamos un comité de ética asistencial en atención primaria? [trabalho de conclusão de curso] [Internet]. Palma: Universitat de les Illes Balears; 2014 [acceso 10 jan 2023]. Disponible: <https://bitly.ws/3cJIH>
6. Domínguez Márquez O, Manrique Nava C. Bioética y calidad en la atención de primer contacto y de salud pública. *Acta Bioeth* [Internet]. 2011 [acceso 10 jan 2023];17(1):31-6. DOI: 10.4067/S1726-569X2011000100004
7. 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. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2004 [acceso 10 jan 2023];20(6):1690-9. DOI: 10.1590/S0102-311X2004000600028
8. Barbero Gutiérrez J, Garrido Elustondo S, Sánchez CM, Sánchez FV, Macé Gutiérrez I, Fernández García C. Efectividad de un curso de formación en bioética y de la implantación de una checklist en la detección de problemas éticos en un equipo de soporte de atención domiciliaria. *Aten Primaria* [Internet]. 2004 [acceso 10 jan 2023];34(1):20-5. Disponible: <https://bitly.ws/3cJKJ>
9. Slowther A. Ethics case consultation in primary care: contextual challenges for clinical ethicists. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* [Internet]. 2009 [acceso 10 jan 2023];18(4):397-405. DOI: 10.1017/S0963180109090598
10. Siqueira-Batista R, Gomes AP, Motta LCS, Rennó L, Lopes TC, Miyadahira R et al. (Bio)ethics and Family Health Strategy: mapping problems (Bio)ética e Estratégia Saúde da Família: mapeando problemas. *Saúde Soc* [Internet]. 2015 [acceso 10 jan 2023];24(1):113-27. DOI: <https://bitly.ws/3cJLx>
11. Lillemoen L, Pedersen R. Ethics reflection groups in community health services: an evaluation study Ethics in Clinical Practice. *BMC Med Ethics* [Internet]. 2015 [acceso 10 jan 2023];16(25):1-10. DOI: 10.1186/s12910-015-0017-9
12. Javier León F, Araya J, Niveló M. Propuestas de comités de bioética en la Atención Primaria de Salud en Chile. *Rev Medicina y Humanidades* [Internet]. 2010 [acceso 10 jan 2023];2(1):29-40. Disponible: <https://bitly.ws/3cJLN>
13. Solari M, Escobar-Koch T. Relevance of primary care bioethics committees in public health ethical practice in the community: an experience in an area of extreme poverty in Santiago, Chile. In: Peckham S, Hann A, editores. *Public health ethics and practice* [Internet]. Bristol: The Policy Press University of Bristol; 2010 [acceso 10 jan 2023]. p. 83-100. DOI: 10.56687/9781847421043-009
14. Contreras Aravena L. Problemas ético clínicos en la Atención Primaria del Centro de Salud Familiar de Paine. *Acta Bioeth* [Internet]. 2017 [acceso 10 jan 2023];23(1):25-34. DOI: 10.4067/S1726-569X2017000100025
15. Pérez-Ayala M. Conflictos éticos detectados por psicólogos/as de la atención primaria de salud. *Acta Bioeth* [Internet]. 2019 [acceso 10 jan 2023];25(1):85-94. Disponible: <https://bitly.ws/3cJML>
16. Agost CN. Casos deliberados por el Comité de ética de la APS de Rancagua. In: Agost CN. *Bioética aplicada en Atención Primaria*. O'Higgins: Universidad de O'Higgins; 2021. p. 241-328.
17. Gracia D. *Bioética clínica*. Bogotá: El Búho; 1998. p. 101.

18. Agost CN. Comités de deliberación. In: Agost CN. Bioética aplicada en Atención Primaria. O'Higgins: Universidad de O'Higgins; 2021. p. 201-15.
19. Altisent R. Bioética y atención primaria: una relación de mutuas aportaciones. Arch Med Fam [Internet]. 2006 [acceso 12 jan 2023];8(2):63-73. Disponible: <https://bitly.ws/3cJRg>
20. Chile. Ministerio de Salud. Decreto 62, de outubro de 2013. Aprueba reglamento para la constitución y funcionamiento de comités de ética asistencial [Internet]. Santiago, 25 out 2012 [acceso 10 jan 2023]. p. 3. Disponible: <https://bitly.ws/3cJRn>
21. Simón Pablo. ¿Tiene sentido que existan comités de ética asistencial en atención primaria? FMC – Formación Médica Continuada en Atención Primaria [Internet]. 2006 [acceso 10 jan 2023];13(7):349-53. DOI: 10.1016/S1134-2072(06)71338-X
22. Chile. Ministerio de Salud. Comités de Ética Asistenciales [Internet]. Santiago: Ministerio de Salud; [s.d] [acceso 10 jan 2023]. Disponible: <https://bitly.ws/3cJS3>
23. Yin RK. Case study research and applications: design and methods. Thousand Oaks: Sage; 2018. p. 45.
24. Gracia D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. Med Clin (Barc) [Internet]. 2001 [acceso 10 jan 2023];117:18-23. Disponible: <https://bitly.ws/3cJSp>
25. Cortina A. Ética de las instituciones de salud [Internet]. In: Conferencia dictada en Universidad del Desarrollo Chile. Santiago; 8 maio 2003 [acceso 10 jan 2023]. Santiago: Universidad del Desarrollo; 2003. Disponible: <https://bitly.ws/3cJSE>
26. Bedregal P. Ética en las organizaciones de salud. In: Beca JP, Astete C, Carvajal S, editores. Bioética clínica. Santiago: Mediterráneo; 2012. p. 513-24.
27. Pérez Ayala MA. ¿Por qué hablar de bioética en la Atención Primaria de Salud? Rev Latinoam Bioét [Internet]. 2016 [acceso 10 jan 2023];16(2):102-17. DOI: 10.18359/rbi.1484
28. Trota RA, Martín Espíldora MN. Comités de ética en atención primaria. Aten Primaria [Internet]. 2001 [acceso 10 jan 2023];28(8):550-3. Disponible: <https://bitly.ws/3etvV>
29. Magelssen M, Gjerberg E, Pedersen R, Førde R, Lillemoen L. The Norwegian national project for ethics support in community health and care services. BMC Med Ethics [Internet]. 2016 [acceso 10 jan 2023];17(1):70. DOI: 10.1186/s12910-016-0158-5
30. Atienza M. Sobre el concepto de dignidad humana. In: Casado M, editora. Sobre la dignidad y los principios análisis de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos UNESCO [Internet]. Cizur Menor: Editorial Aranzadi; 2009 [acceso 10 jan 2023]. p. 73-93. p. 73. Disponible: <https://bitly.ws/3cN2d>
31. Chile. Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública. Ley n° 20.584. Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud [Internet]. 2012 [acceso 10 jan 2023]. p. 3. Disponible: <https://bitly.ws/3cN3P>
32. Chile. Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales. Manual del estándar general de acreditación para prestadores institucionales de atención abierta [Internet]. Santiago: Ministerio de Salud; [s.d] [acceso 10 jan 2023]. p. 20. Disponible: <https://bitly.ws/3etwj>
33. Chile. Ministerio de Salud. Política de Salud de Migrantes Internacionales [Internet]. Santiago: Ministerio de Salud; 2015 [acceso 10 jan 2023]. Disponible: <https://bitly.ws/3cN5r>
34. Comité de Bioética de Cataluña. Recomendaciones del Comité de Bioética de Cataluña ante el rechazo de los enfermos al tratamiento [Internet]. Barcelona: Comité de Bioética de Cataluña; 2010 [acceso 10 jan 2023]. Disponible: <https://bitly.ws/3cN6B>
35. Beca-Infante JP. La relación médico-paciente en el siglo 21. Rev Chil Enferm Respir [Internet]. 2018 [acceso 10 jan 2023];34(4):209-11. DOI: 10.4067/S0717-73482018000400209
36. Olivares AV. Responsabilidad civil por negligencia médica [Internet]. Santiago: Academia Judicial de Chile; 2020 [acceso 10 jan 2023]. Serie de documentos materiales docentes, n. 5. Disponible: <https://bitly.ws/3cN9K>
37. Martin R. Rethinking primary's health care ethics: ethics in contemporary primary health care in the United Kingdom. Prim Health Care Res Dev [Internet]. 2004 [acceso 10 jan 2023];5(4):317-28. Disponible: <https://bitly.ws/3cNcG>

38. Rodríguez Salguero GL. La confidencialidad en el ámbito de la salud y sus valores implícitos: secreto, intimidad y confianza [Internet]. Bogotá: Universidad El Bosque; 2009 [acceso 10 jan 2023]. Disponible: <https://bitly.ws/3cNdr>
39. Zoboli ELCP. Clinical relationships and ethical problems in primary care, Sao Paulo, SP, Brazil. Aten Primaria [Internet]. 2010 [acceso 10 jan 2023];42(8):406-12. Disponible: <https://bitly.ws/3cNdl>
40. Carman D, Britten N. Confidentiality of medical records: the patient's perspective. Br J Gen Pract [Internet]. 1995 [acceso 10 jan 2023];45(398):485-8. Disponible: <https://bitly.ws/3cNf5>
41. Gracia D. La deliberación moral: el papel de las metodologías en ética clínica. Boletín de la Academia Chilena de Medicina [Internet]. 2001 [acceso 10 jan 2023];38:29-45. Disponible: <https://bitly.ws/3cNfN>
42. Altisent R, Fernández-Letamend T, Delgado-Marroquín MT. Una nueva vitalidad para el futuro de los Comités de Ética Asistencial. Folia Humanist [acceso 10 jan 2023]. 2019 [acceso 10 jan 2023];(13):19-33. DOI: 10.30860/0057

Carmen Nadal Agost – Magíster – carmen.nadal@uoh.cl

 0000-0001-6038-6732

Maggie Campillay Campillay – Doctora – maggie.campillay@uda.cl

 0000-0002-4054-1595

Correspondencia

Maggie Campillay Campillay – Av. Copayapu, 2862 Código postal 1533722. Atacama, Chile.

Participación de las autoras

Carmen Nadal Agost realizó la concepción y diseño del estudio, recogida, análisis e interpretación de datos, elaboración de borrador, revisión crítica del artículo con aportes importantes a su contenido intelectual, aprobación de la versión final a ser publicada, y concepción y diseño del estudio. Maggie Campillay Campillay llevó a cabo la concepción y diseño del estudio, elaboración del borrador, revisión crítica del artículo con aportes importantes a su contenido intelectual, aprobación de la versión final a ser publicada, y concepción y diseño del estudio.

Recibido: 1.8.2023

Revisado: 11.1.2024

Aprobado: 16.1.2024