

Trabajo de Revisión

Algunas reflexiones más sobre la ética de la atención primaria de salud

Lic. María del Carmen Amaro Cano.

RESUMEN

En el libro "Temas de Medicina General Integral", editado el pasado año 2001, concluía mi tema afirmando que existen otras muchas cuestiones que deberían ser tratadas, bajo el prisma de la ética, en la Atención Primaria de Salud (APS) y que serían abordadas próximamente en otra publicación dedicada a este nivel de atención. Alertaba, además, que existen problemas serios que pueden convertirse en verdaderos conflictos y engendrar dilemas de carácter ético. También expresaba el criterio de que las Comisiones de Ética Médica constituidas en las instituciones de la APS deberían ser conocidas por todos los trabajadores del área de salud, especialmente su estructura y funciones y las relaciones que pueden y deben desarrollar con el Médico y Enfermera de Familia de los consultorios. Al momento de preparar este artículo, pensé que no era posible dejar de referirme a un valor social que se ha constituido en principio ético universal, la justicia sanitaria, que en Cuba forma parte de la justicia social, la cual, junto con el ideal dignificador e independentista, constituye uno de los pilares de la Revolución. Por último, no es posible tratar ningún tema de la APS, sin referirnos a la investigación clínica, epidemiológica y social más importante del Sistema Nacional de Salud que se realiza en este nivel de atención, el Análisis de la Situación de Salud, ni tampoco dejar de considerar la importancia de la participación social y sus implicaciones éticas. El objetivo general de este trabajo es invitar a la reflexión a los profesionales y gerentes que se desempeñan en la APS, sobre estos aspectos que reclaman, tanto o más que ningún otro, no solo el saber y saber hacer, sino, muy especialmente el saber ser.

DeCs: ÉTICA/APS.

En el capítulo 2 del tomo I del libro "Temas de Medicina General Integral", del doctor Roberto Álvarez Sintés, en el pasado año 2001, concluía mi tema afirmando que existen otras muchas cuestiones que deberían ser tratadas, bajo el prisma de la ética, en la APS y que serían abordadas próximamente en otra publicación dedicada a este nivel de atención. Entre esas cuestiones a las cuales me refería se encuentran las relaciones entre colegas y otros profesionales de la APS en su actividad cotidiana, así como también las propias relaciones con los otros niveles de atención.

Alertaba, además, que existen problemas serios que pueden convertirse en verdaderos conflictos y engendrar dilemas de carácter ético, lo que obliga a prestar atención al estudio de los diferentes métodos que pueden ser utilizados

en la toma de decisiones éticas en la práctica clínica de la atención primaria. Y explicaba que algunos de estos problemas están relacionados con la medicina y la religión; la negación al autocuidado de la salud; el diagnóstico y tratamiento del maltrato infantil, a la mujer y al anciano; las psicopatías y delito; y el secreto profesional y la ley.

También expresaba el criterio de que las Comisiones de Ética Médica constituidas en las instituciones de la APS deberían ser conocidas por todos los trabajadores del área de salud, especialmente su estructura y funciones y las relaciones que pueden y deben desarrollar con el Médico y Enfermera de Familia de los consultorios; pero especialmente que la labor de estas Comisiones debería ser mucho más preventiva que lo que ha sido hasta ahora. Para ello tienen que capacitarse en materia ética y, de esta forma, asesorar a los profesionales y gerentes de salud y a las personas de la comunidad para evitar conflictos éticos y, en muchos casos, prevenir las posibles violaciones éticas.

Al momento de preparar este artículo, pensé que no era posible dejar de referirme a un valor social que se ha constituido en principio ético universal - aunque violado en muchas partes del mundo- que en Cuba constituye, junto con el ideal dignificador e independentista, uno de los pilares de la Revolución: la justicia social, que, en el plano de la salud, se conoce como justicia sanitaria.

Por último, no es posible tratar ningún tema de la APS, sin referirnos a la investigación clínica, epidemiológica y social más importante del Sistema Nacional de Salud que se realiza en este nivel de atención, el Análisis de la Situación de Salud, ni tampoco dejar de considerar la importancia de la participación social y sus implicaciones éticas.

El objetivo general de este trabajo es invitar a la reflexión a los profesionales y gerentes que se desempeñan en la APS, sobre estos aspectos que reclaman, tanto o más que ningún otro, no solo el saber y saber hacer, sino, muy especialmente el saber ser.

LA JUSTICIA SANITARIA

A nadie podría ocurrírsele que cualquier acto humano, y en especial los actos de los profesionales de la salud, puedan carecer de una dimensión moral o no deban ser justificados. Lo que tampoco podría esperarse que se justificaran de la misma manera en diferentes contextos socioculturales y en diferentes tiempos históricos.

La ética médica tradicional siempre ha considerado que la obligación moral del médico consiste en la búsqueda del máximo beneficio del enfermo, y evitar siempre el mal, de manera que, desde esa perspectiva, cualquier motivo diferente queda de hecho definido como inmoral. Este enfoque del problema ha

creado barreras a los debates relacionados con el vínculo entre la gestión económica de la salud y la práctica profesional. Desde la perspectiva de la ética médica tradicional, estos 2 términos han sido vistos como antagónicos al estimar que no era posible servir al propio tiempo a la economía y al enfermo. En realidad, este criterio parte del hecho de identificar la asistencia y la gestión como funciones del mismo profesional sanitario. A partir de los años 70 y 80 del recién concluido siglo XX, en el debate de los aspectos bioéticos relacionados con la salud y su atención, hasta ese momento centrado en el respeto a la autonomía de las personas, se produjo un cambio al incluir los factores socioeconómicos; sin embargo no rebasó el marco de las cuestiones macroeconómicas, sobre todo referidas a los modelos sanitarios que podían considerarse justos o compatibles con el principio de justicia.

De ahí que fuera un debate realmente teórico, muy en consonancia con el estilo de John Rawls¹ y el de la posterior réplica de Robert Nozick.² Sin embargo, este debate -que ha durado cerca de 30 años- ha centrado su atención en los últimos tiempos en la función del Estado como garante del ejercicio de un derecho humano declarado como universal, como única forma de que pueda cumplirse la igualdad de oportunidades.

La asistencia sanitaria fue vista en los tiempos primitivos como un acto de beneficencia o caridad. Posteriormente fue aceptada como cuestión privada, bajo la égida de la justicia conmutativa. Solo al calor de las revoluciones sociales de 1848 -que hiciera entrar en crisis, por primera vez en la historia, el paradigma biologicista de la medicina- se convirtió en asunto de justicia distributiva, al declararse que los bienes sociales primarios, o lo que es lo mismo, los que cubren los derechos económicos, sociales y culturales, no podían dejarse al arbitrio de la beneficencia y de los benefactores, puesto que se trataba de bienes exigibles en justicia. En la actualidad el debate reclama un grado superior: la equidad, que solo podría lograrse con la accesibilidad y la gratuidad de los servicios para todos, de manera que todos pudieran tener realmente igualdad de oportunidades, y si alguna diferencia existiera, fuera precisamente para favorecer a los menos favorecidos.

En conclusión, la ética de la asistencia sanitaria ha pasado de regirse solo por el principio de beneficencia, a organizarse fundamentalmente con acuerdo al criterio de justicia, lo que ha obligado al sector público a intervenir mucho más activamente en la sanidad, y por tanto, a establecer nuevos criterios de articulación de lo público y lo privado.

Cuando la asistencia sanitaria era básicamente privada, eran las propias personas y los grupos sociales quienes limitaban su consumo sanitario, de acuerdo con sus posibilidades. Después, cuando la asistencia sanitaria logró ser mayoritariamente pública, los criterios de limitación de prestaciones tuvieron que

ser otros, centrando el debate, no en si era o no posible limitar prestaciones, sino cuáles debían ser los criterios utilizados, a fin de que el principio de justicia no resultara gravemente vulnerado.³ Hoy día, el neoliberalismo ha hecho tambalear sistemas de salud durante mucho tiempo gerenciados por el Estado, de modo que el reclamo de equidad es mucho mayor aún.

En Cuba, a pesar de que el país atraviesa serias dificultades en el orden económico, fundamentalmente ocasionadas por el cada vez más recio bloqueo económico impuesto por el gobierno de EUA a la Isla, desde hace más de 40 años, se ha mantenido por parte del estado cubano una atención priorizada a este sector, incluyendo el desarrollo de un sistema de atención de salud que cubre a toda la población, a lo largo y ancho del país, y que ha hecho posible alcanzar y sostener importantes logros en esta esfera. El principio de equidad en salud, caracterizado por la garantía de la accesibilidad y la gratuidad de los servicios para todos los ciudadanos cubanos, sin distinción alguna, favoreciendo en todo caso a los más desfavorecidos, ha constituido una muestra de la materialización del proyecto de justicia social de la Revolución Cubana.

Sin embargo, las restricciones impuestas a la adquisición de suministros y tecnologías médicas de procedencia norteamericana para su empleo en el Sistema Nacional de Salud, las afectaciones a la asistencia médica que ello representa y el impedimento al acceso a la información científica médica avanzada, han causado considerables perjuicios a los servicios de la salud pública cubana. Por no poderse adquirir los medicamentos o equipos necesarios, los profesionales de la salud cubanos se han visto imposibilitados, en ocasiones, de salvar una vida humana o calmar un padecimiento, con el consecuente daño físico y psicológico sobre los pacientes, sus familiares y los propios profesionales de la salud.⁴

No obstante esta difícil situación, la población cubana no tiene que enfrentar los grandes problemas morales y políticos que sufren poblaciones del llamado Tercer Mundo, e incluso sectores marginados de la población de países del Primer Mundo que, como Estados Unidos de América, ocupa el lugar 37 entre los 191 países miembros de la OMS.

El sistema de atención médica general de Estados Unidos presenta una precaria situación. La Oficina del Censo de ese país informó que en 1998 hubo 44 millones 300 mil norteamericanos sin seguro médico, equivalente a decir que 1 de cada 6 habitantes no tiene esa protección sanitaria. Además, puntualizó que los hispanos constituyen allí la minoría más afectada por esa situación, debido a que las dos terceras partes de ellos no tienen garantizada la asistencia médica. Un reciente estudio, denominado Health Care RX: Access for All (Acceso de todos al cuidado de la salud), revela que la mortalidad infantil es 2 veces y media mayor entre los afronorteamericanos, y 1 y media mayor entre los indígenas, que

entre la población blanca. También señala que los hombres negros menores de 65 años padecen cáncer en la próstata 2 veces más que los blancos, y la cifra de diabéticos entre los hispanos, indios y nativos de Alaska es el doble comparada con los blancos (León Cotayo, N. La democracia y la asistencia médica en Estados Unidos. Reto para los apologistas. En: Prensa Latina).

Pero al hablar de justicia sanitaria en nuestro contexto socioeconómico cabría también preguntarse si este principio ético puede ser aplicado con desconocimiento de los aspectos económicos vinculados directamente al proceso de la atención de salud, en los diferentes niveles de atención; pero muy especialmente en el primer nivel de atención, donde coinciden las personas (sanas y enfermas), familias, comunidad y el propio personal sanitario del área de salud.

Cuando una persona, por ejemplo, acude al consultorio del Médico y Enfermera de Familia en busca de atención, corresponde fundamentalmente al médico adoptar medidas terapéuticas que suponen un gasto sanitario. ¿Es exclusivamente una determinación del médico prescribir un tratamiento? ... ¿Existe o debe existir alguna limitación en la oferta terapéutica a un paciente en función de los recursos existentes? ... ¿Es ética o no la decisión unilateral del médico para indicar un tratamiento? ... ¿Es acaso la libertad clínica un derecho de los médicos o un mito en nuestro medio? 5

Muchos profesionales de la salud se refieren a la economía con cierto aire despectivo, alegando que no se puede mezclar una ciencia tan humanista como la medicina con elementos relacionados con dinero, gastos, etc. En realidad, el papel de la economía de la salud no es favorecer que se gaste menos en salud, sino gastar mejor, es decir, obtener los mayores beneficios sociales con menores costos. La economía de la salud, como ciencia, trata de ofrecer el mayor grado de bienestar posible a partir de los recursos disponibles, y este es un objetivo ético. Los profesionales de la salud desempeñan un relevante y doble papel: lograr que los pacientes reciban una atención calificada humanizada y, por otro lado, ser celosos cuidadores del uso adecuado de los recursos que la sociedad entrega al sector salud para el cumplimiento de su misión. Del ahorro depende en muchos casos el que se pueda garantizar a todos el recurso en cuestión; pero sobre todo, que pueda asignársele más al menos favorecido. Esta forma de actuación profesional contribuye no solo a que se cumpla el principio ético de la justicia distributiva, sino de la equidad, que constituye una dimensión más amplia que aquella.

EL ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD (ASIS), LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA, EPIDEMIOLÓGICA Y SOCIAL MÁS IMPORTANTE QUE SE REALIZA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

La ciencia y la técnica resultan imprescindibles para buscar y dar respuesta a las necesidades crecientes de los hombres y la sociedad, pero su acción no es incondicionalmente beneficiosa, tal y como ha quedado demostrado a través de la historia, pues tras la ciencia y la técnica están los hombres que las ejercen y no pocas veces han tolerado o promovido aspectos negativos en su desarrollo. En general, el fin último de la ciencia es generar un nuevo conocimiento científico. En el caso de la ciencia pura, el principal objetivo es el descubrimiento de la verdad científica, mientras que en la ciencia aplicada es la obtención de un resultado que pueda ser incorporado a la práctica social.

Si bien para la ciencia pura no se plantean problemas éticos desde el punto de vista del fin, puesto que no existen verdades científicas moralmente inaceptables -tal y como señala Bacallao- esto no se comporta de igual modo en el caso de la ciencia aplicada, ya que no todo lo técnicamente posible es éticamente aceptable. El fin de la ciencia aplicada afecta a personas, familias, comunidades, sociedades y en ocasiones a la humanidad en su conjunto, de modo que existen acciones que pueden ser moralmente reprobables.

Pero, además, tanto la ciencia pura como la aplicada tienen que analizar los medios que utilizan, ya que en el caso de la primera, la búsqueda de la verdad no es suficiente para legitimar desde el punto de vista moral cualquier procedimiento científico, y en la segunda, especialmente las ciencias que deben servirse de la experimentación como recurso metodológico fundamental, están involucradas en algún tipo de manipulación (de la naturaleza o del hombre) que requieren del establecimiento de estrictos criterios morales.

La ética tradicional no ha ignorado el problema de las consecuencias y, en este sentido, ha sancionado moralmente toda acción de la cual pueda preverse un efecto negativo, basándose en el principio de que el mal, no solo está prohibido, sino que debe ser previsto y evitado. De modo que, en el caso de la investigación científica, se impone el cumplimiento de 2 deberes: evitar las acciones de las cuales sean previsibles consecuencias negativas, mediatas e inmediatas, y tratar de prever las inevitables consecuencias negativas de nuestras acciones⁶ (Amaro Cano MC. Reflexiones éticas sobre la investigación científica en biomedicina. Conferencia magistral en el Taller sobre aspectos éticos y legales de la investigación biomédica. ICBPC "Victoria de Girón". La Habana 28 y 29 de septiembre de 2001).

El ASIS, además del aspecto médico y social tiene un carácter histórico, pues se refiere a un espacio y tiempo determinado; pero también posee un carácter ético,

dado en su propia esencia, en su condición de investigación clínica, epidemiológica y social.

En Cuba, la estrategia para el desarrollo de la investigación en la atención primaria de salud se fundamenta en la política de conceder muy alta prioridad al sector de la salud y al modelo basado en el Médico y Enfermera de Familia, realizando acciones interdisciplinarias e intersectoriales que promuevan la activa participación social para lograr la elevación del nivel de salud de la población.

No cabe duda de que en la obtención de los resultados que se han alcanzado el factor decisivo ha sido la voluntad política que sostiene el desarrollo del sistema de salud como prioridad del proceso social, y la atención preferente a la investigación científica en el nivel primario de salud (ASIS), aunque todavía resulta pobre la participación social, especialmente en su fase diagnóstica. De ahí que el principal objetivo del tratamiento de este tema sea, precisamente, evidenciar los aspectos éticos inherentes al diseño y ejecución de esta importante investigación clínica, epidemiológica y social que se realiza en el primer nivel de atención, alertar sobre el posible surgimiento de conflictos y proponer algunas acciones que pudieran evitarlos.

Para poder hablar de la ética en el ASIS es imprescindible tener bien claro cuáles son sus objetivos, ya que el método ético exige, en el análisis de todos los casos, definir ante todo, si el fin, propósito u objetivos de una acción son bienes en sí mismos para los sujetos que recibirán los probables beneficios. El procedimiento debe cumplir el siguiente algoritmo:

- Definir el fin, propósitos u objetivos que persigue la acción.
- Analizar si ese fin puede universalizarse.
- Valorar si el fin, propósitos u objetivos que persigue la acción se corresponde con las necesidades y características del caso particular que se está tratando.
- Comprobar que ese fin es aceptado por la(s) persona(s) a quien(es) va dirigida la acción.
- Evaluar si se justifica o no el uso de los medios que serán necesarios para conseguir ese fin.
- Valorar las consecuencias inmediatas y mediatas de la acción: riesgos y beneficios para todas las personas, familias y comunidades involucradas.

En este sentido pues, es importante señalar que los principales objetivos del ASIS son elevar el nivel de salud de la población mediante el estudio de las causas y consecuencias de los diferentes problemas detectados; la realización de investigaciones a partir de esos problemas detectados; así como el análisis de las necesidades de la población y la propuesta de mejora de salud con la propia comunidad. Igualmente otros objetivos son evaluar la atención médica a la población a través del cumplimiento de las estrategias de la carpeta

metodológica y sus programas priorizados, y lograr la participación en equipo de los factores de la comunidad en pos de la salud de sus habitantes.

Para realizar el ASIS o Diagnóstico de Salud (DS) -como también se le llama- se han propuesto distintas formas que expresan el criterio de sus autores, relacionadas fundamentalmente con el enfoque dado al concepto de salud. Pero todos coinciden en que el diagnóstico no tiene un ejecutor único aunque se ha responsabilizado, erróneamente y casi de forma exclusiva, al Médico de Familia y al epidemiólogo, con la colaboración de otras disciplinas. En realidad el ASIS es un ejercicio conjunto de todos los profesionales de la salud del nivel primario de atención, que requiere además, para estar completo, de la participación de la comunidad en su totalidad, de sus líderes formales e informales.

Cuando se habla de analizar la situación de salud de una comunidad, a la que pertenecen personas y familias con características propias bien definidas, con necesidades materiales y espirituales diversas, con percepciones distintas acerca del valor salud, no puede pensarse en realizar una investigación científica para obtener la información necesaria acerca del verdadero estado de salud de esa población, si las personas directamente involucradas no participan en todo el proceso de investigación. Para ello hay que partir de un claro concepto de participación social.

El ASIS, como toda investigación, debe cumplir con los requisitos que exigen la epistemología, la axiología y la deontología. El nuevo conocimiento aportado tiene que partir de un diseño de investigación con gran rigor metodológico, que permita la validez de ese conocimiento. Pero, además, ese diseño debe tener en consideración los aspectos éticos relacionados con la justificación moral del fin de la investigación, los medios que se van a utilizar y la valoración de las consecuencias inmediatas y mediatas, y, por supuesto, la responsabilidad moral de los investigadores. Un aspecto ético imprescindible a tener en cuenta en esta investigación es el derecho que tienen las personas, familias y la comunidad a participar activamente desde el momento mismo de la identificación de los problemas de salud, aunque la responsabilidad moral del equipo de salud que dirige la investigación no termina con la realización del ASIS en sí mismo, sino que se extiende al plan de acción y ejecución de las medidas para solucionar los problemas de salud, tomando en cuenta que se trata de una investigación-intervención-acción. Asimismo, el rigor ético debe acompañar a la utilización, divulgación y/o publicación de sus resultados. (Amaro Cano MC. La ética del ASIS. En Libro de Salud Pública [en proceso editorial], 2003).

LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

El concepto de participación comunitaria en los asuntos que afectan la supervivencia de la propia comunidad es tan antigua como la historia misma de la sociedad humana, aunque ha pasado por diferentes etapas y ha sido conceptualizada desde diferentes enfoques, en dependencia del contexto donde se ha desarrollado y de las diferentes posturas filosóficas y políticas de los teóricos que han tratado el tema.

En la década de los 50, se adoptó la denominación de animación rural o desarrollo de la comunidad, representándose la participación de la gente por su capacidad de organización y movilización en torno a programas y acciones ya decididos en otros ámbitos o en el sector profesional, bajo el supuesto de que toda la población aceptaría con facilidad las propuestas y prioridades establecidas por los profesionales de la salud; pero muy pronto este enfoque encontró resistencia y dificultades.

Según estudios reportados por la OMS, en 1960, había unos 60 países con programas comunitarios; pero ya en 1965 la mayoría de estos proyectos comenzaron a desaparecer o a ser drásticamente reducidos. En la década de los 70 se afirmó la estrategia de organización y desarrollo integral de la comunidad. Muchos proyectos de desarrollo que reconocían la necesidad de colaboración entre el gobierno, sus instituciones y la población reaparecieron en el escenario.

En 1977 los Ministros de Salud de las Américas declararon que la atención primaria constituía la principal estrategia para alcanzar la meta de "Salud para todos en el año 2000". En esa oportunidad se recomendó la participación de la comunidad como uno de los métodos más importantes para extender las coberturas de los servicios de salud a la población. Este concepto fue incorporado por la OPS. En 1978, durante la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, en Alma-Atá, se formalizó la definición de la participación de la comunidad como: "el proceso en virtud del cual los individuos y la familia asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propio y los de la colectividad, y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo económico y comunitario. Llegan a conocer mejor su propia situación y a encontrar incentivo para resolver sus problemas comunes. Esto les permite ser agentes de su propio desarrollo. Para ello, han de comprender que no tienen por qué aceptar soluciones convencionales inadecuadas, sino que pueden improvisar e innovar para hallar soluciones convenientes. Han de adquirir la amplitud necesaria para evaluar una situación, ponderar las diversas posibilidades y calcular cuál puede ser su propia aportación. Ahora bien, así como la comunidad debe estar dispuesta a aprender, el sistema de salud tiene la función de explicar y asesorar, así como dar clara información sobre las

consecuencias favorables y adversas de las aptitudes propuestas y de sus costos relativos".

No obstante, las nuevas estrategias no han logrado la incorporación activa de la población en la salud. La participación se mantiene como un hecho coyuntural, y si bien la gente participa algo más en las acciones, su participación es prácticamente nula en las decisiones sobre las políticas de salud, las prioridades, los programas y los servicios de atención.⁷ Ello se debe, fundamentalmente, a que existen múltiples interpretaciones de la participación,⁸ las cuales se pueden resumir en 2 formas básicas: participación como medio (utilización para lograr metas preestablecidas); y como fin (como proceso, interviniendo en todo el proceso de desarrollo).

Existen factores favorecedores de la participación social, tales como la voluntad política, la descentralización administrativa y el reconocimiento del espacio dentro del sistema de salud para lograr una participación efectiva. Pero también están identificados los principales obstáculos, que son la centralización excesiva (tanto de los gobiernos como de los sistemas de salud), las políticas de salud desfavorables, el paternalismo, el exceso de profesionales de la salud, el poco espacio dentro del sistema para una participación efectiva, la carencia de un concepto claro de participación comunitaria, la falta de niveles mínimos de desarrollo y organización de la población, la falta de mecanismos apropiados para la participación, así como también la falta de voluntad política.

Para llegar a conocer verdaderamente la participación social, esta debe verse en todas sus dimensiones.⁹ Lo primero a tener en cuenta son los mecanismos (existencia de organizaciones que permitan a los miembros de la comunidad reunirse y llevar a cabo acciones colectivas, en lugar de actuar como personas aisladas); en segundo lugar, la amplitud (definición de quiénes y cuántos tienen la posibilidad de participar y cuántos lo hacen en relación con las actividades de salud); y por último las modalidades, que son las siguientes:

- Colaboración o participación colaborativa: Participación tutelada de la población, solo brinda la colaboración que se le solicita.
- Cogestión o gestión conjugada: La población o su representante participa, pero está todavía sojuzgada por la "hegemonía médica".
- Autogestión: Acciones que realiza la persona con ayuda de su familia para mejorar o solucionar sus problemas.

Negociación o participación negociada: Las instituciones involucradas siguen un proceso que incluye la deliberación (análisis conjunto de la problemática de salud de una comunidad, donde se reconoce la validez del punto de vista de la gente para la elaboración de una visión conjunta); la concertación (conseguir lo que debe o puede hacerse con el consenso de todos), y la negociación (discusión

para lograr un compromiso coherente entre actores sociales y personal de salud para lograr viabilidad y realismo a las propuestas).

Por supuesto que entre estos dos grados extremos también existen gradaciones intermedias, referidas a participaciones potenciales, escasas, moderadas y significativas.

En el caso de Cuba, aunque desde los primeros años del triunfo de la Revolución y la implantación del Sistema Nacional Único de Salud, la participación de la comunidad fue incluida, y, a lo largo de estos 40 años se han introducido modificaciones para fomentar esta participación, la modalidad de participación comunitaria que ha prevalecido ha sido la colaborativa, especialmente en la etapa de la búsqueda de alternativas de solución a los problemas de salud.

En una reciente investigación realizada⁸ con el propósito de encontrar las vías adecuadas que permitan incrementar la participación comunitaria se diseñó y aplicó una metodología en una comunidad perteneciente al municipio Habana del Este, y permitió concluir que, aunque ahí existen condiciones favorables desde el punto de vista de la conformación social de la comunidad, estructuras del sistema de atención primaria de salud y política de apoyo para llevar a cabo la participación comunitaria, paradójicamente no existe según la definición utilizada en la investigación, se limita a la cooperación y a la utilización de los servicios de salud.

Se plantea que los principales factores que condicionan esta realidad son la no existencia de mecanismos creados por la comunidad, los grupos que existen no funcionan en la práctica, la participación es predominantemente individual, las modalidades de participación son limitadas -predominan la colaborativa y la cogestión-, la toma de decisiones se produce a nivel central y a pesar de que existen espacios de concertación para la negociación, no son debidamente utilizados. Por otra parte, la comunidad tiene una influencia nula en las áreas de la planificación y ejecución de los programas de salud y una influencia potencial en la evaluación de los mismos.

Se pudo apreciar además que el principal responsable de la pobre participación es el propio sistema de salud, debido a ausencia de sistematicidad y adiestramiento en conocimiento y práctica de participación comunitaria -tanto de los trabajadores de la salud como de los miembros de la comunidad; un sistema muy centralizado en la planificación de los programas y recursos que ha generado que la comunidad considere que el sistema es el máximo responsable de la salud comunitaria, inhibiendo la autorresponsabilidad individual y colectiva; y, además, no son utilizadas plenamente las estructuras establecidas para la participación comunitaria en salud. En los diagnósticos de salud de la localidad

no predomina la intervención de todos los actores sociales en la identificación, priorización y búsqueda de alternativas de solución de los problemas de salud.

En un artículo publicado por Giselda Sanabria Ramos acerca del tema, en el cual ofrece información acerca de los principales resultados alcanzados en varias investigaciones realizadas por ella y otros profesionales de la especialidad, concluye que la gran fortaleza del Sistema de Salud disminuyó en muchos casos las formas de participación de la comunidad organizada, "de tipo colaborativa" pero participación en fin de cuentas, para dejar una gran parte de la responsabilidad en cuanto a la salud de la población en manos del médico. Aclara la autora que pudiera pensarse que el sistema de salud no estaba en algunos momentos y territorios preparado para compartir el poder de decisión y conducción con los protagonistas y debilitó el apoyo que en un momento las organizaciones de masa brindaban. 9

RELACIONES ENTRE COLEGAS Y OTROS PROFESIONALES DE LA APS EN SU ACTIVIDAD COTIDIANA

La APS en Cuba se ha distinguido desde sus inicios por el establecimiento de relaciones profesionales de mucha mejor calidad que los otros niveles de atención, tanto en las relaciones entre colegas como entre los médicos y los restantes profesionales de la salud; pero muy especialmente con las enfermeras, quienes forman parte del binomio que constituye el modelo que caracteriza de manera particular a la medicina familiar cubana.

Aunque los Médicos de Familia tienen su propio Código de Honor (Código de Honor del Médico de Familia. Folleto impreso, 1984), que data de 1984, este no hace referencias ni tiene ampliadas las normas establecidas en los Principios de Ética Médica -que han regido hasta la actualidad la conducta moral de todos los profesionales y técnicos de la salud pública cubana con respecto a sus relaciones con el resto de los trabajadores del sector- que expresa que "deben mantener con ellos mismos y con los restantes profesionales, una actitud crítica y autocrítica sobre los asuntos referidos a la relación con los pacientes, al diagnóstico, asistencia, tratamiento y rehabilitación de estos; cuidar que las opiniones y criterios se basen en el más profundo análisis científico posible, y evitar indiscreciones que menoscaben el prestigio de otros compañeros o de instituciones del sistema de salud." (MINSAP. Principios de ética médica. Editora Política. La Habana, 1983).

Lamentablemente, no son casos de excepción aquellos que se conocen por su repercusión social, en que las críticas que debían quedar en el ámbito científico han trascendido a la propia población que debería ser atendida por ese médico o enfermera. Si esto fuera poco, la población muchas veces está informada acerca de ciertas conductas y/o estilos de vida poco saludables (alcoholismo, promiscuidad sexual) de los profesionales que deben velar por su propia salud,

la de las familias y las personas que forman parte de ellas, y la fuente de información ha sido uno de los profesionales del propio sector, cuando no la conducta inadecuada de la persona criticada. Por supuesto que no se trata de cohonestar con la conducta incorrecta o moralmente reprobable, ni de constituir una mafia blanca que se cubra todos los secretos, incluyendo aquellos que oculten conductas peligrosas para terceras personas; sino de realizar la crítica oportuna, en tiempo y lugar, para que realmente pueda ejercer su acción benéfica.

RELACIONES CON LOS OTROS NIVELES DE ATENCIÓN

Los Médicos y Enfermeras de Familia, de una parte, y la propia población de otra, han manifestado en no pocas oportunidades su percepción de las insuficiencias en la interrelación policlínico-hospital, que han llegado hasta manifestaciones de subestimación de los médicos de atención secundaria por sus colegas de la atención primaria, que van desde la subestimación hacia los criterios diagnósticos expresados en la remisión del paciente, hasta comentarios poco éticos acerca de su validez.

Aunque el Código de Honor del Médico de Familia (1984) señala claramente que siempre que al paciente se le deba realizar un procedimiento médico, diagnóstico o terapéutico en el policlínico o en el hospital se hará la coordinación con el médico o personal responsabilizado con la realización del procedimiento, fijando día y hora en que este debe hacerse; que siempre que se considere necesario y sea posible se estará al lado del paciente en el momento de realizarse el procedimiento para tratar de inculcarle tranquilidad y confianza; que si se trata de una interconsulta, se obtendrá del especialista interconsultante toda la información que se requiera para asegurar la calidad del seguimiento médico ulterior y, por último, que cuando una de las personas que corresponde atender, ingrese en el hospital, se visitará con frecuencia y coordinadamente con el médico de asistencia se precisará lo que se le puede y debe explicar del diagnóstico, pronóstico, evolución y tratamiento, no son pocas las veces que estos compromisos morales han dejado de cumplirse.

Algunas investigaciones realizadas han evidenciado que los Médicos de Familia no siempre tienen garantizado pleno acceso a todos los servicios que se brinda en los hospitales base, lo que obliga a la búsqueda de alternativas por parte de médicos y pacientes con vistas a garantizar la atención en ese nivel. En muchos casos los hospitales base no han apoyado investigaciones conjuntas con los policlínicos ni han favorecido la superación científica de los profesionales de la atención primaria. La comunicación entre ambos niveles, y dentro del propio nivel primario, salvo honrosas excepciones, tampoco ha sido muy efectiva. Son evidentes las fallas en el sistema de referencia al hospital y contrarreferencia de este a la APS, lo que ha dificultado aún más la comunicación entre los profesionales de uno y otro nivel, y entre las instituciones respectivas¹⁰ (Mukodsi

M. Interrelación policlínico-médico de familia-hospital. Policlínico "Pasteur". [Trabajo para optar por el título de Especialista de I Grado en Administración de Salud]. Facultad de Salud Pública. La Habana, 1987), (Rivera E. Influencia de la interrelación hospital-policlínico en el control dispensarial. [Trabajo para optar por el título de Especialista de I Grado en Administración de Salud]. ISCM-Villa Clara, 1986), (Sansó Soberats, F. Interrelación médico de familia-policlínico-hospital. Un estudio en el área de salud "Plaza". [Trabajo para optar por el título de Especialista de I Grado en MGI]. ISCMH, 1997).

Todo lo anterior ha motivado la actual política del MINSAP de fortalecimiento de la APS, como verdadera estrategia para el presente y los años venideros. Las reparaciones capitales de los policlínicos, que ha incluido también a algunos consultorios; el reequipamiento de ellos, con algunos equipos diagnósticos ni siquiera soñados con anterioridad, pero sobre todo, la capacitación de estos profesionales con cursos posgrado, entrenamientos y talleres dirigidos a elevarles su competencia y desempeño, impartidos por prestigiosos profesores de la atención secundaria y terciaria; así como la creación de puntos de presencia informatizados para la actualización permanente de los conocimientos de los profesionales de la atención primaria, está ya surtiendo sus efectos benéficos al elevarles la autoestima profesional y su repercusión en la calidad de la atención brindada.

PROBLEMAS SERIOS QUE PUEDEN CONVERTIRSE EN VERDADEROS CONFLICTOS Y ENGENDRAR DILEMAS DE CARÁCTER ÉTICO

Medicina y religión

Con los colonizadores, en fecha muy temprana, llegaron a Cuba los africanos, que ya conocían el trabajo servil y la esclavitud patriarcal en la península, desde tiempos antiguos. Esos africanos, sustraídos directamente de sus lugares de origen y traídos posteriormente en forma masiva, en calidad de esclavos, llegaron desnudos, pero con todo su mundo en la cabeza, su propio imaginario social. En ese imaginario estaban las creencias religiosas. Obligados a ocultar sus dioses de sus amos, utilizaron el ardid de nombrarlos como los del santoral católico (Fernández Robaina T. Bibliografía de temas afrocubanos. Biblioteca Nacional "José Martí", La Habana, 1985).

No entender la religión como condicionada histórica y culturalmente por los modos concretos de organización social, ni como elemento integrante de la propia producción y reproducción subjetiva de la sociedad, significa, teóricamente hablando, una interpretación incompleta, sesgada de la realidad social. El principio sociológico general del análisis marxista de la religión radica en comprenderla como parte y resultado de la organización, condiciones y grado de desarrollo de una sociedad concreta y no como elaboración arbitraria,

desconectada de esa propia realidad. Parafraseando a Federico Engels, el hecho de ser agnóstico no puede llevar a imponer el agnosticismo.

Al decir de Monseñor Carlos Manuel de Céspedes, si bien el pueblo cubano pudiera calificarse como un pueblo creyente, ha sido en realidad minoritariamente católico, no solo porque han sido tradicionalmente pocos los feligreses asistentes al templo, sino porque lo católico no ha tenido un significativo nivel de penetración en la propia existencia, ni en la calidad de la vida personal y comunitaria de la nación cubana. Sin embargo, en el acervo cultural de la población ha existido siempre una religiosidad latente, inhibida en las décadas de los 70 y los 80 por una escala de valores que privilegiaba el ateísmo, hiperbolizando su alcance en la sociedad, particularmente en la conformación de una opinión pública en relación con la religión.¹¹

La apertura política favorable que se produce en relación con las iglesias, a partir del IV Congreso del PCC, ha permitido que muchas personas que siempre tuvieron fe, o que han comenzado a sentir la necesidad de profesarla, no se inhiban hoy de asistir a las iglesias, y que abiertamente participen de la vida cristiana y expresen públicamente sus valores morales. En relación con la salud humana, las distintas creencias religiosas tienen diferentes enfoques acerca de problemas tales como la sexualidad, la reproducción, el aborto, las transfusiones de sangre, entre otros. Las formas diversas de encarar estos problemas plantean conflictos, no pocas veces, no solo para los pacientes, sino también para los profesionales que profesan esas creencias y, en este último caso, podrían esgrimir la objeción de conciencia, siempre que con ello no pongan en peligro la vida o la salud de otras personas.

El Médico y Enfermera de Familia deben ampliar su cultura en este sentido para poder comprender las diversas formas de enfrentamiento a estos problemas por parte de las personas y familias que atienden y, a partir del respeto a sus creencias, ofrecerles toda la información necesaria de las ventajas y desventajas de las propuestas que se les hace, para que puedan elegir libre y responsablemente la mejor opción. Los gerentes de salud también deben ampliar su cultura para que puedan ofrecer un trato respetuoso a sus subordinados creyentes y, al propio tiempo, evitar que alguno de estos últimos pueda transgredir el respeto debido a las personas no creyentes, tratando de imponerles criterios desde su propia moral religiosa.

Negación al autocuidado de la salud

Según una noticia médica publicada recientemente, la OMS alertó sobre el incumplimiento a largo plazo del tratamiento de las enfermedades crónicas, y lo calificó de "problema mundial de gran magnitud y que tiende a aumentar". Según el análisis de la OMS, en los países desarrollados la observancia del tratamiento por parte de los pacientes con enfermedades crónicas es de solo el 50 % y el

cumplimiento "es todavía mucho menor en los países en desarrollo" (Europa Press, 12 de julio de 2003).

En el caso de la hipertensión arterial, el porcentaje de pacientes que cumplen su régimen terapéutico es solo del 27 % en Gambia, el 43 en China y el 51 en Estados Unidos. Además, para otras enfermedades las cifras son similares como la depresión (40-70 %), el asma (43 % para el tratamiento agudo y 28 para el tratamiento de mantenimiento) y el VIH/SIDA (37-83 %), según el informe publicado recientemente por la OMS (OMS. Adherence to long-term therapies. En: Europa Press, 12 de julio de 2003).

El problema del incumplimiento del tratamiento tiende a aumentar a medida que lo hace la carga mundial de enfermedades crónicas. En conjunto, las enfermedades no transmisibles, como las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y los trastornos mentales, representaron el 54 % de la carga mundial de morbilidad en el 2001, y se prevé que superarán el 65 % en el 2020.

El doctor Eduardo Sabaté, funcionario médico de la OMS, destacó que "una mayor observancia de los tratamientos no representa una amenaza para los presupuestos de la asistencia sanitaria". Por el contrario, el cumplimiento de los tratamientos prescritos producirá una importante reducción del presupuesto general para la salud, debido a la disminución de necesidades de intervenciones más caras, como las hospitalizaciones frecuentes y prolongadas, el uso innecesario de los servicios de urgencia y los costosos servicios de cuidados intensivos. Según el experto, los profesionales sanitarios son testigos de la necesidad de que los pacientes cumplan mejor los tratamientos que se les prescriben, y, dado que el sistema de atención de salud también es parcialmente responsable de la situación, hay que crear incentivos para reforzar los esfuerzos de todos los profesionales sanitarios a favor del cumplimiento del tratamiento.

Otra noticia médica publicada también por Europa Press el 17 de julio de 2003, señala que más de medio centenar de asociaciones de pacientes reivindicaron una mayor información y participación activa en las decisiones sobre la salud y políticas sanitarias, como parte de las demandas que recoge el "Decálogo de los Pacientes", documento fruto de la Declaración de Barcelona, que tuvo lugar el pasado 20 de mayo, y que fue presentado en Madrid. El Decálogo recoge que "los pacientes quieren participar de forma más activa en la determinación de prioridades que definen las condiciones de acceso a los servicios sanitarios, que contribuyan a satisfacer sus necesidades de salud".

Por su parte, el profesor Albert Jovell, director general de la Fundación Biblioteca "Josep Laporte", destacó que esta situación se debe promover mediante la aplicación de las leyes existentes y la elaboración de los mecanismos formales, que favorezcan una mayor implicación de los ciudadanos, para lo cual es preciso

el reconocimiento de las organizaciones de pacientes como agentes de la política sanitaria. Según Jovell, "el paciente está empezando a tener en la actualidad un papel más activo en la toma de decisiones, más autónomo e independiente". No obstante, necesita tener una información de calidad, contrastada y respetando su propia pluralidad, tal y como recoge el Decálogo. El experto alertó que dichas decisiones "deben estar guiadas por el juicio médico, pero atendiendo siempre a las preferencias explícitas del paciente".

El Decálogo de los Pacientes cuenta con el aval de la Academia de Ciencias Médicas de Cataluña y Baleares, la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC), la Federación de Diabéticos Españoles, la Liga de la Reumatología Española, la Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad y la Universidad Autónoma de Barcelona. Según el documento, es importante la confianza y la relación directa entre el médico y el paciente, basada en el respeto. En este sentido señala que los sistemas sanitarios deberían favorecer las condiciones de formación y entrenamiento en comunicación de los profesionales sanitarios, para lograr una relación más "simétrica" y "satisfactoria" para los pacientes. Estos, a su vez, señalan que, para que mejore esta relación, "habría que aumentar el tiempo dedicado al enfermo, mejorar la accesibilidad, reducir los tiempos de espera, y que el médico tenga una actitud de escucha más activa".

Por su parte, la vicepresidenta de la Junta Provincial de Madrid de la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC), Pilar Suárez, insistió en que "los pacientes tienen que luchar por conseguir una atención integral, un máximo nivel de calidad y una igualdad de acceso a los recursos existentes, en todos los niveles". Asimismo, destacó que "uno de los grandes vacíos existentes en la actualidad es la información acerca de los derechos y cómo pueden ser ejercidos por los pacientes". La administración debería garantizar que estos derechos se cumplan favoreciendo una mejor calidad asistencial, dijo (Europa Press, 1 de julio de 2003).

En el caso de Cuba, no hemos encontrado estudios de este tipo, no obstante, de forma empírica a partir de lo observado en los ASIS de los consultorios en los que realizan la educación en el trabajo los estudiantes de 5to. año de medicina de la Facultad "General Calixto García", no son pocos los pacientes crónicos que dejan de realizar sistemáticamente su tratamiento, especialmente los hipertensos, diabéticos y asmáticos, quienes sufren de crisis periódicas por estas razones.

Otro importante elemento a tener en cuenta está relacionado con la realización de exámenes diagnósticos de tipo preventivo, tales como la citología vaginal como técnica utilizada en el Programa de Detección Precoz del Cáncer Cervicouterino, o el tacto rectal en el caso del diagnóstico precoz del adenoma prostático. En estos casos, en la mayoría de los consultorios se transgrede el

principio ético del respeto a la dignidad de las personas, que incluye el respeto al derecho a ejercer su autonomía, y también el principio de justicia, que constituyen 2 de los principales deberes morales del ejercicio de la práctica profesional en las ciencias médicas.

En primer lugar, no se ofrece toda la información requerida, incluyendo ventajas y desventajas al hacerse o no el examen, sino que se le indica a la persona - como si se tratara de un objeto y no de un sujeto- la fecha en que "tiene que hacerse la prueba", con el agravante, en el caso de un país con una fuerte cultura "machista", de que esta acción impositiva se hace con la mujer; pero no se actúa de la misma forma con los hombres, ya que a ellos apenas se les habla de la necesidad de hacerse un tacto rectal si tienen más de 50 años de edad, lo que también constituye una violación ética al no respetar el principio de justicia: "dar a cada quien lo necesario". En segundo lugar, se viola también, muy frecuentemente, el secreto profesional y la confidencialidad cuando se utiliza, sin el consentimiento de las interesadas, a personas de la comunidad (líderes formales e informales) para que sirvan de intermediarias en los recordatorios de las fechas en que deben realizarse las citologías vaginales (Programa de Detección Precoz del Cáncer Cervicouterino), exudados vaginales (ITS), y otras, relacionadas con la salud y la vida íntima de esas mujeres.

En Cuba, país libre y soberano, con un sistema social que reivindica la dignidad, la independencia y la justicia social, no es posible aceptar que se transgredan los valores éticos socialmente aceptados. La práctica sanitaria, con toda la carga de humanización que lleva implícita, no admite el olvido o violación de los principios éticos que la rigen. Si bien la salud está reconocida en la Constitución de la República como un derecho ciudadano y un deber estatal, su cuidado constituye también una responsabilidad individual; pero esa responsabilidad no puede ser impuesta, sino que debe ser asumida conscientemente por la persona en cuestión. La responsabilidad del profesional de la salud está relacionada con el cumplimiento del aspecto informativo, educativo, y la garantía de la calidad de la realización de la acción de salud cuando sea necesaria, siempre que sea aceptada por la persona necesitada del cuidado. Por su parte, el sistema y los servicios de salud tienen la responsabilidad moral de garantizar la accesibilidad y gratuidad de los servicios que se prestan, según dispone la Ley No. 41 de Salud Pública, actualmente vigente.

Diagnóstico y tratamiento del maltrato infantil, a la mujer y al anciano

El Médico y la Enfermera de Familia son fundamentales en la detección de malos tratos en el ámbito familiar, ya bien se trate de maltrato infantil, a la mujer o al anciano, y, al propio tiempo, una vez planteada la hipótesis diagnóstica asumen una gran responsabilidad moral, especialmente por su compromiso moral con la persona que atienden. Al plantearse esta hipótesis diagnóstica, el profesional debe realizar preguntas sencillas y directas a la víctima, manifestando una

escucha activa y atendiendo a las necesidades de esta última. En todos los casos el profesional sanitario tiene que actuar garantizando la confidencialidad, puesto que las víctimas prefieren muchas veces guardar silencio por temor a peores agresiones de parte de los victimarios. El profesional de la salud deberá también indagar la posibilidad de malos tratos a otros miembros de la familia.

En el caso de maltrato infantil y a la mujer, muchas veces es el pediatra quien puede descubrir la violencia familiar por la intensa angustia emocional y los problemas de conducta del menor -en el primer caso- o por descubrir en la madre, que lleva a su hijo a la consulta, lesiones sospechosas de agresión -en el segundo. En el caso de los ancianos, muchas veces el maltrato les llega del propio cuidador principal, quien, sobrecargado por la dependencia del adulto mayor, por su falta de preparación para establecer una relación de ayuda familiar y comunitaria que le alivie el stress, descarga en el propio anciano todo su desajuste emocional. En cualesquiera de los casos, el especialista debe preguntar de forma delicada, garantizando la confidencialidad de la información; pero, al propio tiempo, explicando su responsabilidad moral de no convertirse en cómplice del maltrato con su silencio o pasividad frente al hecho. Deberá explicar a la víctima que él asumirá la responsabilidad de la acción declarando que ha diagnosticado el maltrato por las lesiones físicas, a pesar de que la víctima haya negado haber sido objeto de maltrato.

En el caso de la mujer maltratada, es preciso tener en cuenta que, generalmente, ella no decide acudir al médico tras la primera agresión, ni de forma inmediata tras una de ellas. En general, el cuadro clínico se caracteriza por su inespecificidad, destacándose una serie de lesiones en diferentes fases evolutivas. Dentro de todas las manifestaciones del maltrato, las alteraciones psicológicas ocupan un lugar prioritario en el cuadro general. La mujer maltratada frecuentemente utiliza la disociación como mecanismo de defensa, de modo que, al disociar la mente del cuerpo, no siente tanto dolor y no llega a percibir la gravedad de las lesiones. En general, en el caso de las mujeres maltratadas, las lesiones más comunes son la pérdida de cabello, cortes leves, y hematomas en el pecho y los brazos. Por supuesto que, a más severidad en las agresiones, mayor severidad de las lesiones; y esto también deberá tenerlo en cuenta el profesional sanitario (González MC. Diario México, 2. XI. Castilla- La Mancha, 2000).

En estudios realizados por varios especialistas de la APS en Cuba, cuyos resultados fueron presentados en el último Seminario Internacional, encontraron algún tipo de violencia contra la mujer para un 72,9 %; la violencia psicológica fue reportada por el 50 % de las mujeres, la violencia sexual por el 33 % y la violencia física fue la menos reportada. El grupo poblacional más afectado estuvo constituido por mujeres de 30 a 39 años (40 %) con un nivel de escolaridad preuniversitario. La gran mayoría de las mujeres violentadas no solicitaron ayuda

profesional (Contreras Tejeda J. y Booban Martínez D., de Las Tunas; Santiesteban Álvarez, de Matanzas; y Culay Pérez A, Santana Suárez F, Rodríguez Ferrá R. y Pérez Alonso C., de Camagüey, cuyos resultados fueron presentados en el VIII Seminario de la APS. La Habana, junio 2002).

Psicopatías y delito

Si bien tenemos soluciones para buena parte de los problemas de salud mental, medios y conocimientos científicos para tratar los trastornos mentales y mitigar el sufrimiento de los pacientes y su entorno, hay que admitir, en palabras de Gro Harlem Brundtland -quien fuera hasta muy recientemente directora general de la OMS- que muchos gobiernos han sido negligentes al no proporcionar a la población atención adecuada. Basta citar las violaciones de derechos humanos en muchos hospitales psiquiátricos, y las prestaciones insuficientes de los servicios de salud mental en la comunidad, tanto en países pobres como ricos (Gro Harlem Brundtland. Discurso. Ginebra, 2002).

Es un hecho que mientras la carga de las enfermedades somáticas, que en otro tiempo fueron insuperables, está disminuyendo en los países con gran crecimiento económico, la relativa a los trastornos mentales va en aumento. Los cambios sociales, políticos y económicos se han acompañado de abrumadoras cargas psicológicas, aumento de tasas de alcoholismo, abuso de drogas y suicidios, que provocan una crisis sin precedentes que amenaza el desarrollo socioeconómico y conspira contra la humanidad de decenas de millones de personas. Rara es la familia que no se ha visto afectada por un trastorno mental o que no vaya a necesitar cuidados y asistencia en algún período de la vida. Se estima en 400 millones el número de personas que actualmente sufren trastornos mentales o neurológicos. Uno de cada 5 niños y adolescentes presenta trastornos psíquicos, ya sean moderados o graves. Unos 45 millones de personas sufren esquizofrenia en algún momento de su vida. En EUA, por ejemplo, 1 de cada 7 personas adultas padece un trastorno anímico, según estudios respaldados por la OMS. La depresión, el consumo de alcohol, los trastornos bipolares, la esquizofrenia y los trastornos obsesivo-compulsivos figuran entre las 10 principales causas de discapacidad en el mundo. De cada 4 personas que buscan ayuda en los servicios de salud, 1, al menos, padece alguno de estos trastornos, que a menudo no se diagnostican correctamente y, en consecuencia, no se tratan. Aunque se dispone de intervenciones para atender muchos trastornos y lograr que las personas con problemas psíquicos se desenvuelvan en la comunidad, las sociedades siguen levantando barreras, tanto a la asistencia que requieren esas personas como a su reintegración (Desviat M, Bravo MF, Guinea R. Asesor de la OMS. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Asociación Madrileña de Rehabilitación Social).

América Latina enfrenta en el momento actual un grave problema con el incremento de la violencia y el delito. Recientes estudios señalan que la

población sufre 30 homicidios por año cada 100 000 habitantes. Esa es una tasa que multiplica por 6 la de los países que tienen una criminalidad moderada, como la mayoría de los países de Europa Occidental. La magnitud de la criminalidad en la región, ha determinado que sea considerada una criminalidad "epidémica". Es la instalación de un problema estructural que se está propagando. Las tendencias son por otra parte muy preocupantes, pues las tasas tienden a ascender en los años recientes (Kliskberg B. El crecimiento de la criminalidad en América Latina: un tema urgente. Iniciativa interamericana del capital social. Ética y desarrollo del BID. fernardok@iadb.org), (Kliskberg B. "Desigualdad y desarrollo en América Latina. El debate postergado". Reforma y Democracia No. 19. Revista del Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo [CLAD], Correas, 1999).

Los estudios del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y otras organizaciones indican que América Latina es hoy la segunda zona con más criminalidad del mundo después del Sahara Africano. En la encuesta realizada en 17 países de la región, 4 de cada 5 entrevistados dijeron que la delincuencia y la drogadicción habían aumentado mucho en sus países en los últimos 3 años. El porcentaje es superior al que se obtuvo en 1995 en una edición similar de la encuesta (fue 65 %). Más alarmante aún es el dato de que 2 de cada 5 señalaron que ellos o un miembro de su familia habían sido objetos de un delito en los últimos 12 meses (Latinbarómetro. Medición de opinión pública. Chile, 2001).

Prestigiosas instituciones internacionales, como la OPS consideran que la criminalidad de la región es un problema central de salud pública. Las estadísticas señalan que, entre otras consecuencias, se ha transformado en una de las principales causas de muerte de la población joven. En algunos países, incluso en períodos recientes, su magnitud ha llevado a la reducción demográfica de la población joven de ciertos niveles de edad.

La reacción frente a un fenómeno que amenaza directamente la vida cotidiana de buena parte de la población ha sido de envergadura. Así, datos recientes del BID estiman que Brasil gasta anualmente entre los fondos públicos, destinados a seguridad y los gastos privados en la materia, 43 000 millones de dólares, lo que representa el 10,3 % de su producto interno bruto. En ciudades como Río de Janeiro y São Paulo, el número de homicidios cada 100 000 habitantes casi dobla la muy elevada media de toda la región. El gasto que se dedica a seguridad en Brasil es mayor que toda la riqueza producida en 1 año por una de las economías más vigorosas de la región, Chile. Otro caso llamativo es Colombia, donde la dedicación de recursos públicos y privados a seguridad es aún mayor. Se estima que se gasta en este rubro, el 24,7 % del producto interno bruto. En Perú, por su parte la asignación de recursos de la economía a este rubro, significa el 5,3 % del producto interno bruto (BID. Informe de progreso económico y social dedicado a la desigualdad. Washington, 1999).

El gasto en seguridad está subiendo fuertemente en casi toda la región. En economías como las latinoamericanas, que están luchando duramente para conseguir tasas de crecimiento que superen el 3 o el 4 % anual, dedicar proporciones tan importantes del producto nacional a este problema implica un peso fenomenal para la economía, y una sustracción en gran escala de recursos que se necesitan con apremio para áreas productivas. La alta desocupación juvenil, las familias desarticuladas y los bajos niveles de educación, constituyen las 3 causas principales que están gravitando silenciosamente día a día sobre las tendencias en materia de delincuencia en la región.

¿Qué hacer frente a una situación que constituye una amenaza concreta para la vida cotidiana en las grandes ciudades y que deteriora profundamente la calidad de vida? Se esgrimen 2 grandes posiciones que tienen representación muy fuerte en el debate público en la región: una punitiva, con énfasis en castigar incluso a jóvenes en edades muy tempranas, incluyendo niños; y otra preventiva, que señala que el camino anterior es equivocado, y está llevando a lo contrario de lo que busca, pues obtiene algunos efectos aparentes de corto plazo, pero son siempre pasajeros. A mediano y largo plazo los índices delictivos siguen subiendo. Por tal motivo, la vía preventiva propugna desarrollar vigorosos programas de apoyo a los jóvenes más desfavorecidos (Wacquant L. *Las cárceles de la miseria*. Ediciones Manantial, 2000).

En el caso de Cuba, aunque nuestra sociedad no tiene el fenómeno de las pandillas juveniles que azota a una buena parte de los países de la región, el hecho de haber identificado un número nada despreciable de jóvenes que habían abandonado sus estudios y no trabajaban, propiciando este estado de cosas el establecimiento de relaciones de grupos basadas en conductas desvinculadas del compromiso social, motivó que se realizara un estudio del fenómeno con el método de investigación-intervención-acción, adoptándose la decisión de ofrecer nuevas oportunidades a esos jóvenes para vincularlos nuevamente al estudio, otorgándoseles un salario mientras cumplan con el compromiso del estudio, y dándoseles la oportunidad de continuar estudios universitarios, con la modalidad de carreras diseñadas a partir de un año de curso básico, al finalizar el cual comienzan a trabajar, con la oportunidad de continuar estudios técnicos durante 2 años, para finalmente cursar otros 2 años y alcanzar el nivel universitario. De esta forma, el tratamiento del fenómeno social no se queda en el tratamiento sintomático, sino que va a la erradicación de las causas que lo generan. Se combate el mal social, no a los jóvenes con conductas erráticas; se previene el delito, no se empuja a los jóvenes a formar parte de un almacén de delincuentes que al término de la sanción, en lugar de rehabilitarse, podrían haberse convertido en delincuentes profesionales.

El secreto profesional y la ley

Según la enciclopedia Larousse, el secreto profesional se impone generalmente a todas aquellas personas a quienes se confían secretos por razón de su estado, profesión o cargo. Por tanto, se entiende como secreto profesional, aquello que se mantiene oculto a los demás y surge del ejercicio de la profesión, es decir, de la comunicación privilegiada profesional de la salud-paciente, por lo que constituye una obligación moral para el profesional de salud el guardar en secreto las confidencias conocidas en el ejercicio de la profesión (Larousse. Diccionario. París, 2001).

Sin embargo, en una sociedad como la cubana, donde existe masificación de las instituciones sanitarias y participación interdisciplinaria en la asistencia, se hace difícil, en no pocas ocasiones, mantener la confidencialidad. En otras ocasiones, la propia característica del cubano, que habla con absoluta libertad en cualquier espacio, hace que se cometan indiscreciones. Especialmente en el caso de la APS, algunas de las indiscreciones se producen al compartir con personas de la comunidad, no profesionales, encargos sociales que solo les compete a los profesionales de salud. Ejemplo de ello es la solicitud de cooperación de líderes formales e informales de la comunidad para que les ayuden a citar a personas que deben realizarse exámenes complementarios de diagnóstico de procesos relacionados con la esfera sexual, sin contar previamente con la aprobación de las personas interesadas.

Por su parte, las legislaciones adoptan diversas posiciones, que abarcan desde la protección absoluta del secreto profesional, como en Francia, hasta la persecución mediante la querrela del ofendido, tal y como sucede en Alemania. Por su parte, en España, tal y como ocurre en Cuba, el secreto profesional de los profesionales sanitarios se reconoce como un deber dentro de las normas deontológicas de la profesión, siempre que su ejercicio no afecte a terceros.

La educación para la salud

Las implicaciones morales de la acción psicológica en educación para la salud en la modificación de los estilos de vida, el desarrollo de conductas de salud, la adherencia terapéutica y la responsabilidad moral ante la salud y la enfermedad individual, están aún carentes de un análisis profundo que permita un acercamiento a su esencia. Especialmente si se toma en consideración que la lucha por la salud en la población misma, y en contra de la enfermedad, no es solo un aspecto que garantiza su bienestar y su calidad de vida, sino que constituye también un problema de responsabilidad moral. Fernández Olazábal, P. y Ley Ramos, F. se cuestionan si forma parte de la conciencia moral o pudiera ser un principio moral. Y continúan planteando que si la respuesta es afirmativa, entonces ¿cómo se desarrolla esta forma de la conciencia moral? Y añaden: "pero no pensamos solo en la enfermedad, sino en aspectos de la vida del hombre, de su fisiología, como es el caso del embarazo y el parto; ¿ es el cuidado

en el período de gestación un deber de la mujer y su pareja, o solamente del profesional de la salud? ; ¿ es un acto moral o tiene connotación moral el cuidado gestacional?" Y concluyen la idea señalando que es preciso pensar en la repercusión social que tiene el no cuidado de la salud materna, el no cuidado de esa vida en formación, que constituye un acto que va más allá de lo individual, afecta la esfera familiar y también la social, pues atenta contra la reproducción poblacional y la renovación de la fuerza de trabajo (Fernández Olazábal P, Ley Ramos F. Psicología de la salud y bioética. En: Cuadernos de Bioética. No. 40, 4ta. ed, Galicia, 1999).

DIFERENTES MÉTODOS PARA LA TOMA DE DECISIONES ÉTICAS

Muchos bioeticistas en el mundo entero, pero muy especialmente en Norteamérica, Francia, Italia y España, han tratado los problemas relacionados con la toma de decisiones en los conflictos éticos. Unos enfatizan en la importancia de tomar en cuenta los principios éticos, otros se detienen más en las consecuencias de los actos de los profesionales de la salud; algunos combinan principios y consecuencias, destacando en estas últimas la utilidad esperada del acto en cuestión. Otros bioeticistas prefieren descansar su análisis en la evaluación de las virtudes que acompañan la dimensión técnica de los profesionales de la salud. Hay quienes, incluso, han propuesto algunos métodos eclécticos, con diferentes modelos, que podrían satisfacer a personas con diferentes posturas filosóficas o credos religiosos.

En realidad, desde la ética médica de carácter puramente deontológica de tiempos de Hipócrates, hasta los diversos métodos de análisis aplicados a los conflictos éticos actuales, se ha visto reflejado el determinismo histórico de la moral, como forma de la conciencia social. Hipócrates hizo descansar su Juramento en los principios de "no dañar" y de "hacer el bien", aunque también dejó constancia, en sus aforismos, de su apreciación sobre las necesarias virtudes morales del "buen médico".¹²

En el caso de la enfermería profesional, surgida a partir de la obra de Florence Nightingale, esta retomó los principios hipocráticos añadiéndoles 2 principios: "fidelidad al paciente" y "veracidad". También dejó testimonio, en su más divulgada obra escrita, sobre su apreciación acerca de las virtudes morales que debían adornar a toda "buena enfermera".¹³

La Bioética, disciplina surgida a principios de los años 70 en los Estados Unidos de América, muestra las características de la sociedad en la que se acababa de instalar un nuevo modelo económico, el neoliberal, con su impresionante crecimiento económico, una libertad desmedida y malentendida, que no respeta la propia libertad de terceros, y la falta de equidad social que le acompañan. Pero, indudablemente también, la Bioética norteamericana evidencia las características de la cultura anglosajona, con una fuerte presencia de la Iglesia

Reformada y sus variados credos protestantes, todos basados en el libre examen y el reconocimiento al derecho a la libertad religiosa y el consiguiente respeto de esas propias creencias.

Todo lo anterior explica, si no justifica, el hecho de las teorías principalistas con un marcado acento en la autonomía. Pero Potter, su creador, había enfatizado en la justicia, reclamando la distribución equitativa de los recursos de salud, la selección equitativa de los sujetos propuestos para experimentación, y la selección equitativa de los pacientes a atender con prioridad. Sin embargo, Beauchamp y Childress, los teóricos del principalismo, han enfatizado en el reclamo al respeto al derecho de elección y determinación de cada persona sobre una cuestión que le concierne directamente: la protección de su salud y su vida. Los autores de esta teoría principalista consideran que lo más importante en un dilema ético es conceder la adecuada jerarquización a los principios, especialmente cuando estos entran en conflicto. En el caso de la no maleficencia es absolutamente incuestionable el cumplimiento estricto del mismo en todos los casos, sin excepción.¹⁴ Por el contrario, Jonsen y Toulmin, otros filósofos dedicados al estudio de la ética, son de la opinión de que el procedimiento no debe partir nunca de los principios, sino de las situaciones individuales.¹⁵ Otros autores han puntualizado la importancia de la ética de la virtud. Uno de los primeros en plantear, al unísono con MacLhityre, este enfoque como opuesto al principalista, fue Habermas. En este grupo están también May y Drane.¹⁶

Mientras que el enfoque principalista de la ética va dirigido al análisis de casos, y estos constituyen siempre hechos o actos, el enfoque de las virtudes se centra en los hábitos y las actitudes del actuante, y para ello tiene que analizar todo el proceso de actuación. Este último enfoque, por tanto, utiliza el procedimiento narrativo. En tanto que el procedimiento de análisis ético basado en el principalismo se ocupa fundamentalmente de los casos de grandes conflictos éticos, muy particularmente los relacionados con el principio de la vida y los del final de la vida, el procedimiento basado en los hábitos y virtudes está más vinculado al quehacer cotidiano de los profesionales de la salud y, por supuesto, abarca muchos más problemas, pues entre el principio y el final de la vida, está toda la vida.

En especial, la APS está más en correspondencia con el procedimiento de la ética narrativa, pues en este nivel de atención la relación que se establece entre el profesional de la salud y el paciente es a largo plazo y, por tanto, las decisiones concretas pierden relevancia frente a la calidad de la relación misma.¹⁷

LAS COMISIONES DE ÉTICA MÉDICA EN LAS INSTITUCIONES DE LA APS CUBANAS

En 1997, se dictó la Resolución Ministerial No. 110, con el objetivo de perfeccionar las funciones de las Comisiones de Ética Médica, así como modificar su composición y funcionamiento, a fin de promover aún más el humanismo en el encargo social del SNS. De este modo, se establecía que en la reorganización de las Comisiones de Ética Médica se tuviera como premisa, en su composición, la multidisciplinariedad, incluyendo a profesionales, técnicos y estudiantes (estos últimos aparecen por primera vez), y además, que se establecieran vínculos con las organizaciones sociales y comunitarias, "cuyos representantes podrían ser invitados a algunas actividades de las Comisiones según esta decidiera".

Entre las nuevas funciones de la Comisión, que aparecen explicitadas en la referida Resolución Ministerial están las de participar en la educación moral en el campo de la salud, tanto en la formación de pregrado, el posgrado y la educación permanente, así como contribuir a la educación de la población en cuanto a sus deberes y derechos para con la salud pública. Evaluar éticamente los proyectos de investigación clínica, biomédica y médico-social que se desarrollen en su nivel, así como también velar por la observancia de las normas éticas previstas para las investigaciones con sujetos humanos.

A pesar de que la Resolución establece que en la reorganización de las Comisiones de Ética Médica se tome en consideración la necesidad de establecer vínculos con las organizaciones sociales y comunitarias, "cuyos representantes podrían ser invitados a algunas actividades de las Comisiones según esta decidiera", en la práctica, ni tan siquiera se le ha dado una importancia especial a la constitución de estas Comisiones en las unidades de la APS.

Aunque entre las nuevas funciones que se le asignan a estas Comisiones se encuentra ubicada en primer lugar "la participación en la educación moral en el campo de la salud, tanto en la formación de pregrado, el posgrado y la educación permanente, así como la contribución a la educación de la población en cuanto a sus deberes y derechos para con la salud pública", no obstante ser la APS el lugar idóneo para llevar a cabo esto último, las pocas Comisiones de Ética Médica existentes en este nivel de atención no han sido convenientemente adiestradas en las funciones que tienen como encargo social. Por otra parte, no obstante aparecer de forma explícita la función de evaluar éticamente los proyectos de investigación clínica, biomédica y médico-social que se desarrollen en su nivel y velar por la observancia de las normas éticas previstas para las investigaciones con sujetos humanos, todo parece indicar que no se toma en consideración que en la APS se realiza la investigación clínica, epidemiológica y social más importante de todas las que se llevan a cabo en el SNS, y que es una

investigación que involucra directamente a sujetos humanos, a sus familias y a la propia comunidad que integran esas personas. En este sentido vale la pena apuntar que el ASIS de un consultorio y/o de un área de salud está incursionando en aspectos de la vida privada de las personas y sus familias, y en prácticamente ningún caso se les explica a esas personas en qué consiste el ASIS, cuál es su finalidad, qué métodos y técnicas de investigación epidemiológica y social se utilizan. Ni qué hablar de la solicitud del consentimiento de las personas para ser incluidas en el protocolo de investigación, ni del aseguramiento de la confidencialidad de los datos obtenidos.

Por último, aunque la Resolución define las responsabilidades de la máxima autoridad administrativa en las distintas instancias (Director de la Unidad, Director Provincial y Ministro) con respecto a la Comisión de Ética Médica a su nivel, explica que el Presidente de la Comisión de Ética Médica en cada instancia será invitado permanente a los Consejos de Dirección respectivos; así como también que en las Unidades, sistemáticamente, y con una periodicidad nunca mayor de 3 meses, se tratarán en los Consejos de Dirección, los principales problemas éticos que se confrontan.

Esto no se ha cumplido en casi ninguna instancia, y en pocos casos las propias Comisiones han reclamado el cumplimiento de esta disposición ministerial. Todo lo anterior ha generado la necesidad de diseñar y aplicar un Proyecto de Investigación-Acción que permita la caracterización de las actuales Comisiones de Ética Médica, que incluye el nivel de conocimientos y funcionamiento de sus miembros, a los efectos de elaborar y aplicar un programa de adiestramiento que les permita elevar la calidad de su actuación, y con ello, el nivel de la calidad de la atención y del grado de satisfacción de los usuarios del sistema y de los propios profesionales que laboran en el mismo. Por supuesto, que para la investigadora principal está claro que la prioridad la constituyen las Comisiones de Ética Médica de la APS (Amaro Cano MC).

ALGUNAS CONSIDERACIONES FINALES

A título de provocación: Elección del Médico y Enfermera de Familia

En Cataluña se ha puesto en marcha una prueba piloto de elección de Médico de Familia y pediatra entre todos los equipos de Atención Primaria. Esta experiencia quiere fomentar la relación médico-paciente, al aumentar la capacidad de elección del ciudadano. Este cambio de médico deberá realizarse por un período mínimo de 6 meses, para garantizar la continuidad y la calidad de la asistencia sanitaria y la organización de los servicios. Asimismo, por este motivo, el cambio se podrá realizar siempre que el médico escogido tenga un número de usuarios asignado que esté dentro de los límites que garanticen una asistencia de calidad.

Esta decisión catalana está en correspondencia con la publicación, el año 2001, de la Carta de Derechos y Deberes de los Ciudadanos en Relación con la Salud y la Atención Sanitaria, documento que reconocía el derecho a escoger libremente los profesionales y el centro sanitario. Por otra parte, las encuestas de satisfacción que se habían hecho a los usuarios de APS del Instituto Catalán de la Salud ponían de manifiesto que el nivel de satisfacción global de los usuarios era muy alto, pero que un 4 % manifestaba que cambiarían de equipo de atención primaria, si pudieran hacerlo.

¿No resultaría interesante explorar el sentir de la población cubana en esta dirección? ¿Cuántas personas elegirían otro médico diferente al que tienen actualmente? ¿Cuántos defenderían conservar el que ya conocen desde hace tiempo y con quien se sienten seguros y bien atendidos? Estas y muchas otras investigaciones de carácter sociomédico esperan por la curiosidad científica de los profesionales de salud, y muy especialmente, por quienes están directamente inmersos en esta realidad y están comprometidos con el cambio necesario.

SUMMARY

In the book Topics of Comprehensive General Medicine published in 2001, I concluded by asserting that there were many questions that should be approached from the ethical point of view in Primary Health Care and that they will be dealt with in another publication devoted to this health care level. I also warned that there are serious problems that may become real conflicts and generate dilemmas of ethical character, and I expressed the criterion that the Medical Ethics Commissions created at the PHC institutions should be known by all the health area workers, specially their structure and functions and the relations that must be developed with the family physician and nurse of the family physician's office. At the time of writing this article, I considered that I had to refer to a social value that has turned into a universal ethical principle, health justice, that in Cuba is part of social justice, which together with the dignifying and independentist ideal, is one of the milestones of the Revolution. Finally, it is not possible to deal with a PHC topic without making reference to the most important clinical, epidemiological and social investigation of the National Health System carried out at this health care level, the Analysis of the Health Situation. The importance of social participation and its ethical implications should also be taken into account. The general objective of this paper is to make professors and managers working at the PHC level to reflect on these aspects that require, more than any other, not only to know and to know doing, but specially to know being.

Subject headings: Ethics/PHC.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rawls J. Teoría de la justicia. México: FCE; 1978.
2. Nozick R. Anarchy, State and Utopia. New York: Basic Books; 1974.
3. Gracia Guillén, D. El marco del debate: la justicia sanitaria. En: VVAA, Limitación de prestaciones sanitarias. Fundación de Ciencias de la Salud. Madrid, 1997.
4. ONG cubanas. Declaración en contra del bloqueo de EUA a Cuba. Oficina Cubana de la UNESCO. La Habana, 31 octubre 2003.
5. Escobar Yéndez, N. Ética médica y economía de la salud." Rev Cubana Salud Pública 1998;24(1):5-10.
6. Bacallao Gallestey, J. La presencia de la dimensión ética en el trabajo científico, en: Revista Habanera. Versión digital. Infomed.sld.cu/revistas/La-presencia-de-la-dimensión-ética-en-el-trabajo-científico/html.
7. De Roux GI. Participación y cogestión de la salud. Educación Médica y Salud. No 27/1993.
8. Reyes Álvarez, I. Metodología para la caracterización de la participación comunitaria en salud. Rev Cubana de Salud Pública, 1996;22(1).
9. Sanabria Ramos, G. La participación comunitaria. Revista Cubana Salud Pública. 2001;27(2):89-95.
10. Sansó Soberats, FJ. Una interrelación efectiva: el gran reto para funcionar como sistema. Rev Cubana Med Gen Integr. 1999;15(1):5-6.
11. de Céspedes García-Menocal CM. ¿Puede afirmarse que el pueblo cubano es católico o no? Revista Temas 1195;(4) octubre-diciembre. La Habana:13-22.
12. Walker, K. Histoire de la Médecine. Belgique : Éditions Gérard, Verniers ;1962.
13. Nightingale, F. Notes on Nursing. What it is and what it is not. New York: Dover Publications, INC; 1969.
14. Beauchamp, T. and Childress, J. Principles of Biomedical Ethics. New York: Oxford University Press; 1979.
15. Jonsen, A. and Toulmin, S. The Abuse of Casuistry. A History of Moral Reasoning. Los Angeles: California University Press; 1988.
16. Habermas, Jürgen. Conciencia moral y acción comunicativa. Barcelona Ed. Península; 1985.
17. MacIntyre, A. After Virtue. A Study in Moral Theory. University of Notre Dame Press, 1984.

Recibido: 2 de junio de 2004. Aprobado: 3 de junio de 2004.

Lic. María del Carmen Amaro Cano. Facultad de Ciencias Médicas "General Calixto García". Calle G y 27, Vedado, municipio Plaza, Ciudad de La Habana, Cuba.

Profesora Auxiliar de Salud Pública e Historia de la Medicina. Presidenta de la Cátedra de Bioética y Directora del Centro de Estudios Humanísticos para las

Ciencias Médicas. Facultad Ciencias Médicas "General Calixto García". Miembro de la Comisión Nacional de Ética Médica y del Comité Nacional Cubano de Bioética. Secretaria de la Sociedad Cubana de Historia de la Medicina.