

## **VIII Jornada Internacional de Ética y Bioética, ETHOS 2021**

**TITULO: Ética en la practica médica: un camino hacia una medicina más inclusiva.**

**TIPO:** Trabajo de revisión

**AUTORES:** Dra. Aliena Núñez González.

**CORREO ELECTRÓNICO:** [alienangzalez937@gmail.com](mailto:alienangzalez937@gmail.com)

**INSTITUCIÓN:** Facultad de Ciencias Médicas de Granma “Celia Sánchez Manduley”

**PAÍS:** Cuba.

**PROVINCIA:** Granma.

### **RESUMEN**

Los códigos de ética en medicina fueron expresados desde antaño en forma de oraciones y juramentos, con el propósito de garantizar cierto orden moral. La vida moral depende de la propia condición biológica del ser humano. Es frecuente que los profesionales de la medicina sean personas muy expertas en la identificación de los *hechos clínicos*, pero muy ignorantes en el manejo de los *valores* implicados en la relación clínica. La ética clínica se ocupa de los deberes del profesional sanitario, pero para ello tienen que partir de los hechos y continuar con el análisis de los valores. Con el ánimo de identificar cuáles son las pautas que deben guiar la relación médico-paciente en el contexto actual se realizó esta investigación de tipo revisión bibliográfica. A partir del tratamiento de la información consultada se concluyó que la incorporación de los conocimientos deontológicos a la formación del profesional de la salud se convierte en la regla de oro en pos de lograr una medicina más humana e inclusiva.

Palabras clave: ética, bioética, relación médico-paciente, valores, deberes.

## **SUMMARY**

The codes of ethics in medicine expressed from in days gone by in the shape of sentences and oaths, in order to guarantee certain moral order. The moral life depends on the human being's own biological condition. Is frequent that the professionals of the medicine be very expert people in the identification of the clinical facts, but very ignorant in the handling of the moral values implicated in the clinical relation. The clinical ethics occupied of the duties of the sanitary professional, but they have to split of the facts for it and to go on with the analysis of moral values. The guidelines that must direct the medical patient relation in the present-day context are with the temper to synthesize which ones bibliographic revision accomplished this investigation of type itself. It was concluded that as from the data processing looked up the incorporation of the deontological knowledge to the health-care professional's formation becomes the golden rule in pursuit of achieving a most human and inclusive medicine.

Key words: ethics, bioethics, medical patient relation, moral values, duties.

## **Introducción**

Los códigos de ética en medicina fueron expresados desde antaño en forma de oraciones y juramentos, con el propósito de garantizar cierto orden moral<sup>1</sup>. La vida moral depende de la propia condición biológica del ser humano. Toda realidad biológica busca por necesidad su propia subsistencia, para ello necesita vivir adaptada al medio. En la evolución animal, esto se consigue mediante el proceso que Darwin denominó “selección natural”.<sup>1</sup>

Esta selección la realiza el medio, al penalizar a todos los seres con rasgos poco propicios para la supervivencia en él y seleccionar, por tanto, a los más aptos. Tal es el principio de “supervivencia de los más aptos”, que favorece los rasgos fenotípicos más adecuados y los genes que les sirven de base.

La especie humana es una más dentro del frondoso árbol de la evolución biológica. No obstante, parece extremadamente deficitaria en rasgos fenotípicos sobresalientes, lo que hace pensar que debiera haber sido

*penalizada* por el medio muy pronto hasta incluso desaparecer. El ser humano no corre mucho ni tiene gran vista, ni tampoco una enorme potencia muscular. Además, nace sorprendentemente inmaduro. El único rasgo fenotípico sobresaliente en él es la inteligencia. Aun suponiendo que pueda hablarse de inteligencia animal, no hay duda de que la inteligencia humana es cualitativamente distinta.<sup>2</sup>

Hasta tal punto que inaugura un nuevo modo de “adaptación”. Con la aparición de la inteligencia humana ese proceso cambia para transformarse en “adaptación del medio”. En efecto, la inteligencia permite al ser humano alterar el medio y hacerlo apto para sus fines. Ese proceso de “humanización” del medio natural se conoce con el nombre de “cultura”.

Esta transformación coincide siempre en un hecho esencial: *añadir valor a las cosas*. El ser humano sólo puede interactuar con las cosas valorándolas, y su transformación tiene por objeto añadirles valor, hacerlas más valiosas. El mundo de la cultura es el mundo de los valores. En la naturaleza se observa lo que se han dado en denominar *hechos*; en la cultura hay *valores*.<sup>2, 3</sup>

Es frecuente que los profesionales de la medicina sean personas expertas en la identificación de los *hechos clínicos*, pero muy ignorantes en el manejo de los *valores* implicados en la relación clínica. A veces nos resulta difícil saber si algo es o no un valor. En cualquier caso, tendemos a pensar que los valores, a diferencia de los hechos, son puramente subjetivos y que sobre ellos no cabe diálogo racional, motivo por el cual no queda sino respetar los de cada cual, por más que uno no los comparta. De hecho, las dos actitudes más frecuentes a propósito de los valores a lo largo de la historia han sido la impositiva y la neutral.<sup>4</sup>

Ambas coinciden en un mismo supuesto: sobre los valores no cabe debate racional posible. Pues bien, la bioética parte de la tesis contraria: piensa que sobre los valores puede y debe discutirse, que cabe deliberar sobre ellos, a fin de que las decisiones sean lo más razonables y prudentes posible. Frente a la imposición y a la inhibición, entra en juego la deliberación.

La manera más sencilla de definir lo que es un valor consiste en realizar un pequeño ejercicio mental para ver si debería o no estar presente en una sociedad de seres humanos bien ordenada. Como las nuestras están mal ordenadas, no existe la justicia, al menos de modo total. Pero parece claro que en una sociedad bien ordenada la justicia debería estar presente, así como la paz, la belleza, la amistad o la salud.<sup>4, 5</sup>

Si cualquiera de esas cosas desapareciera de tal sociedad, esta no sería ya la mejor y creeríamos haber perdido algo importante, es decir, algo valioso. Por tanto, existen dos mundos, el de los hechos y el de los valores. Ambos van siempre unidos, de tal forma que no es posible separarlos de modo completo. Los hechos ofrecen a los valores un soporte natural. Ahora bien, los valores nunca se hallan plenamente realizados en las cosas. Jamás se da la plena belleza, o la plena justicia, al menos en nuestro mundo. Lo cual quiere decir que los valores *son ya* en alguna medida, pero que aún no son lo que *deben ser*. Y es que el objetivo de la ética, el deber, consiste siempre en realizar valores, en hacer que en este mundo se realicen todos ellos de modo completo, la justicia, la paz, la belleza, la salud, la vida.<sup>5</sup>

La ética clínica<sup>5</sup> se ocupa de los deberes del profesional sanitario, pero para ello tienen que partir de los hechos y continuar con el análisis de los valores. Existen tres pasos rigurosamente necesarios en el estudio de cualquier problema ético: la determinación de los hechos, el análisis de los valores implicados y la deliberación sobre los deberes. Este es el orden más aconsejable que debe seguirse en la práctica durante la deliberación de cualquier conflicto ético.<sup>5</sup>

### **Objetivo**

Identificar las pautas que deben guiar la relación médico-paciente en el contexto actual.

### **Discusión**

El objetivo de la ética es eminentemente práctico: tomar decisiones correctas. Las decisiones son siempre concretas, por lo que han de tener en

cuenta no sólo los hechos y los valores involucrados, sino también las circunstancias del caso y las consecuencias previsibles. Esto significa que las normas genéricas no coinciden necesariamente con los deberes concretos.<sup>6</sup>

Siempre es posible que el análisis de las circunstancias y la previsión de las consecuencias obliguen a la persona a no seguir la regla general. Un ejemplo se da en el caso de la *mentira piadosa*, tan bien conocida por los médicos. Todos estaríamos de acuerdo en defender la verdad como valor positivo y en afirmar que debería decirse siempre la verdad; pero también somos conscientes de que, en ciertas situaciones, no es posible realizar ese valor, entre otras cuestiones porque puede entrar en conflicto grave con otros; por tanto, no siempre debe decirse la verdad, a pesar de que se debería.<sup>7</sup>

El hecho de que las decisiones morales sean concretas plantea otro problema. Nunca es posible analizar completamente una situación determinada, ni tener en cuenta todos los factores que pueden resultar relevantes en la decisión. Las decisiones morales, como las propias decisiones clínicas, que comparten esta misma lógica, están siempre amenazadas por la incertidumbre. De ahí que no sea posible decir que son verdaderas, sino solo prudentes. La obligación moral no consiste en no equivocarse, sino en actuar prudentemente. La virtud moral por antonomasia es la prudencia.

El procedimiento para la toma de decisiones prudentes se llama *deliberación*<sup>8</sup>. Todos deliberamos, al menos con nosotros mismos, antes de decidir. La deliberación es un procedimiento complejo que exige conocimientos específicos, habilidades precisas y ciertas actitudes. En la mayoría de las ocasiones, la deliberación obliga al intercambio de opiniones entre personas. No podrá hacerlo quien se crea desde el principio en posesión de la verdad, de la solución acertada, o quien piense que los demás no pueden tener razón más que cuando coincidan con su opinión.

La deliberación exige una cierta humildad intelectual, además de capacidad de escucha y disposición para asumir que los otros pueden ayudarnos a ser más prudentes cuanto más difieran sus opiniones de las nuestras. Por otra

parte, como ejercicio intelectual, la deliberación exige que todos los participantes aporten razones de sus valores, por más que estos no sean, como ya hemos dicho, completamente racionales.<sup>9</sup>

Todo ello exige un entrenamiento específico que debería llevarse a cabo durante los años de formación. La prudencia no exige actuar sólo cuando se tiene certeza sobre algo; muy al contrario, lo prudente es tomar decisiones con incertidumbre. Esto se debe a que un elemento fundamental en la prudencia es la gestión del tiempo. Si un médico de urgencias decidiera no tratar a sus pacientes hasta no disponer de todos los datos de laboratorio y las pruebas complementarias a fin de no equivocarse, no hay duda de que muchos de ellos morirían, y aunque esto último no sucediera, todos pensaríamos que actúa de modo imprudente.<sup>8,9</sup>

No es el más prudente quien, para no asumir riesgos, decide no actuar y esperar para llegar algún destino. Ahora bien, por más que las decisiones prudentes sean por definición inciertas, en ellas ha de reducirse la incertidumbre en la mayor medida posible en un período de tiempo razonable, al objeto de disminuir el riesgo de error. Lo anterior sólo puede conseguirse si se aplican procedimientos que organicen el proceso de toma de decisiones y fijen los pasos que deben darse para evitar omisiones graves. Esta es la razón por la que en la ética, al igual que en la clínica, es necesario seguir algunas pautas en el análisis de los casos.<sup>10</sup>

De igual modo que la entrevista clínica está estructurada en fases que todo profesional ha de seguir, el análisis de los problemas éticos exige atenerse a unas pautas. De igual modo que en medicina nos enseñan a desconfiar del *ojo clínico*, es decir, de las decisiones que se toman con precipitación y sin haber seguido los pasos de la entrevista clínica, también en ética es preciso recelar del *olfato moral*, propio de quienes basan sus decisiones más en la intuición personal que en el resultado del procedimiento.

Antes se ha dicho que los valores están sustentados en los hechos y los deberes en los valores, ya que consisten en la realización de estos. De ahí

que sea necesario partir de los hechos, después analizar los valores y, finalmente, determinar los deberes.<sup>11</sup>

Es conveniente transitar siempre por estas tres fases. Cualquier error en el orden de los hechos clínicos implicará un juicio de hecho (diagnóstico, pronóstico o terapéutico) incorrecto, que se arrastrará durante todo el ulterior análisis de los valores. De igual modo, una identificación defectuosa de los valores sesgará y repercutirá negativamente en la determinación de los deberes.

El punto de partida es, naturalmente, un caso concreto, que en la práctica clínica asistencial será generalmente un caso clínico y, por tanto, una historia clínica. De ahí la importancia de una buena historia clínica, resultado de una mejor entrevista clínica. Es conveniente utilizar un modelo de historia clínica suficientemente amplio que facilite la acogida a los problemas morales.

Uno muy recomendable es la historia clínica por problemas de Weed, que permite identificar los distintos problemas clínicos de un paciente y, a la vez, incluir la llamada *historia de valores*, fundamental para la ulterior deliberación sobre los deberes. La experiencia demuestra que no es posible abordar el análisis de los problemas éticos de una historia clínica si antes no se han estudiado bien los biológicos.<sup>10, 11</sup>

Así, por ejemplo, no tiene sentido plantearse si a un paciente se le pueden extraer órganos impares para trasplante si antes no hay certeza de que se halla en muerte encefálica, ni discutir los problemas éticos del estado vegetativo permanente si no se ha procedido antes a un cuidadoso diagnóstico del caso. Tampoco puede obtenerse un análisis ético correcto sin explorar adecuadamente los valores del paciente e identificar los que entran en conflicto con los del profesional.

Los dos primeros pasos del procedimiento, ambos relativos a los hechos, son idénticos a los de cualquier sesión clínica. Se plantea un caso clínico (primer paso) y se discuten sus problemas diagnósticos, pronósticos y terapéuticos. En el punto tercero comienza lo específico del análisis ético, precisamente porque es ahí donde abandonamos el nivel de los hechos y pasamos al de los

valores. El objetivo del tercer punto es identificar todos los problemas morales que existan en el caso o que seamos capaces de ver. El término *problema moral* se utiliza aquí en el sentido más amplio posible, entendido como todo lo que para alguien es problema moral o que alguien considera como tal.

Basta con que sea problema para él, y merece consideración. Habrá que decir al menos que es un problema moral para él y solo por esto es ya digno de nuestra atención. En el paso siguiente, el cuarto, se elige el problema moral que será objeto de análisis. Este ha de ser siempre el de la persona que haya presentado el caso. Es preciso deliberar sobre el problema que ella considere fundamental.<sup>12</sup>

Cabría pensar entonces que la identificación de los otros problemas ha sido superflua. Pero la experiencia demuestra lo contrario. Esa identificación sirve cuando menos para que el análisis se centre en un problema sin mezclarse con los demás, salvo en aquellos en que se encuentren relacionados. Cuando no se procede así, es frecuente que en el debate cada uno hable de un problema distinto, lo cual hace difícil, si no imposible, llegar a una solución.

Los problemas son siempre concretos y deben expresarse en lenguaje concreto. Se produce un problema, por ejemplo, cuando alguien se niega a una operación quirúrgica o rehúsa alimentarse. En el paso siguiente, el quinto, intentamos identificar los valores en conflicto, es decir, pasamos del lenguaje concreto de los problemas al más abstracto de los valores.

Un problema moral se debe siempre a un conflicto de valores. Los valores exigen su realización, y eso es lo que llamamos deberes. Los valores entran en conflicto entre sí, de modo que si optamos por realizar uno será a costa de lesionar otro u otros. En este paso nos limitamos a identificar los valores presentes en el caso y que dan lugar al conflicto. En el ejemplo anterior se habría producido de un conflicto entre un primer valor, el respeto de la decisión de un paciente, y un segundo, la protección de la vida y la salud.<sup>13</sup>

La identificación de los valores en conflicto pone fin a la segunda parte del análisis, la dedicada a los valores. Ahora tenemos que ver qué salidas tiene

ese conflicto. Ello nos exige identificar los *cursos de acción* del caso, para iniciar la tercera parte del procedimiento, la relativa a los deberes.

Si una situación no tiene salida, o tiene solo una, no hay ninguna decisión que tomar. La cuestión surge cuando hay más de un *curso de acción* posible. La experiencia demuestra que en los conflictos de valores suele haber varios cursos de acción. De ellos, los que la mente ve con mayor facilidad son los *cursos extremos*. Por eso son los que deben identificarse en primer lugar.

En general, los cursos extremos coinciden con la opción por uno de los valores hallados en el paso anterior, con la negación del otro o su lesión completa. Eso hace que, por lo general, no sean prudentes, ya que en ellos se pierde por completo un valor. Ya estableció Aristóteles que los cursos más prudentes suelen ser intermedios, lo cual ha pasado a la sabiduría popular en el dicho que afirma que *la virtud está en el medio*.<sup>8</sup>

Por tanto es necesario, una vez identificados *los cursos extremos*, buscar todos los cursos intermedios posibles. No es tarea fácil, porque los cursos intermedios son menos intuitivos que los extremos, y en ello debe ocuparse todo el tiempo que sea necesario. Dado lo difícil que resulta verlos con claridad, a veces es conveniente dibujar el árbol de cursos de acción, cuyas raíces son los valores identificados y el tronco el conflicto en que convergen. Los cursos de acción se corresponderían con las ramas: habría dos ramas extremas, y entre ellas se situarían todos los cursos intermedios. Por pereza mental se tiende a no identificar los cursos intermedios y a convertir la decisión en dicotómica entre los dos cursos extremos. Siempre conviene evitar este peligro.

Los conflictos no suelen ser *dilemáticos* (un conflicto con solo dos salidas, que además son opuestas entre sí), sino *problemáticos* (un conflicto con varias salidas, que es preciso analizar). Una vez identificados los cursos intermedios, hay que deliberar sobre cuál es el curso moralmente óptimo.<sup>9</sup>

Conviene tener en cuenta que la ética no trata de lo bueno, sino de lo óptimo. Toda decisión que no busque el óptimo será inadecuada. No es correcta la decisión de un médico que no administra a su paciente el

tratamiento que considera óptimo, ni la de un juez que no dicta la sentencia óptima.

Pues bien, en ética sucede lo mismo: cualquier decisión distinta de la óptima es moralmente incorrecta. Lo cual no quiere decir que todo el mundo haya de considerar óptima una misma respuesta o un curso de acción idéntico. Es posible que dos personas distintas identifiquen como óptimos cursos de acción diferentes. El procedimiento de toma de decisiones no tiene por objeto lograr la unanimidad o el consenso, sino asegurar que todas las decisiones, aunque no coincidan entre sí, sean prudentes. Una vez elegido el curso óptimo, debe someterse a unas pruebas de consistencia, antes de elevarse a definitivo.

El consentimiento informado constituye el primer requisito y la base imprescindible de la planificación anticipada de la atención. De hecho, ha sido el primer paso en este proceso. Por ello tiene sentido que, al menos desde el punto de vista ético, se incluya dentro de ese concepto más general. El consentimiento informado no debe entenderse como un simple requisito legal que obliga a cubrir unos mínimos y a cumplimentar unos formularios, sino como el punto central de la nueva ética de la relación clínica, aquella que ha abandonado el paternalismo y busca respetar todo lo posible las decisiones autónomas de los pacientes.<sup>6</sup>

En tal sentido, el consentimiento informado es un proceso comunicativo entre los profesionales clínicos y los pacientes para que estos, si son capaces y se hallan debidamente informados, puedan decidir de forma libre y voluntaria sobre las actuaciones referidas a sus cuerpos o su salud.

La expresión *consentimiento informado*<sup>11</sup> indica que una decisión no puede considerarse jurídicamente correcta si no se ha proporcionado la información necesaria a la persona capaz de tomar la decisión o si se le ha coaccionado. Todas las legislaciones exigen además que quede constancia escrita, a través de la cumplimentación de unos documentos específicos.

Durante los años ochenta se comprobó que esos requisitos establecidos por el Derecho son condición necesaria de toda decisión autónoma, pero no una

condición suficiente; dicho de otro modo, una decisión que cumple todos esos requisitos podría ser considerada autónoma desde el punto de vista legal, pero no necesariamente desde la perspectiva ética.

Ello se debe a varios factores. Uno, que se puso en evidencia desde la psiquiatría, es que además de la coacción externa hay que tener en cuenta la coacción interna, que puede privar de autonomía tanto o más que la externa. Eso hizo que empezara a hablarse de *consentimiento válido*, y que se afirmara que no todo consentimiento informado puede calificarse sin más de válido, al menos desde el punto de vista moral.

No se trata solo de que las personas podemos sufrir alteraciones psicopatológicas, sino también de que ante cualquier amenaza grave el psiquismo humano dispara los llamados *mecanismos de defensa del yo*, que impiden tomar decisiones verdaderamente autónomas, razonables o prudentes. De ahí la necesidad de acompañar al paciente en las fases de negación, ira o depresión que le han producido la mala noticia de la enfermedad, hasta conseguir que alcance la llamada fase de aceptación, que es sin duda la más madura desde el punto de vista psicológico.

Toda mala noticia consiste en la comunicación de una pérdida, y la pérdida genera siempre un proceso de duelo. Solo a su término, cuando la persona haya sido capaz de aceptar la pérdida y de restablecer su equilibrio psíquico, la decisión podrá considerarse válida. Muchos de los problemas éticos de los profesionales sanitarios se deben a que consideran que sus pacientes no tienen capacidad para decidir.

Los médicos han considerado tradicionalmente que, cuando alguien se opone a lo que la ciencia médica entiende como indicado, hay que considerar que su capacidad para decidir está alterada y que, por tanto, no debe hacerse caso, enfoque totalmente incorrecto. La evaluación de la capacidad se lleva a cabo con el llamado *criterio funcional*, que busca el equilibrio entre la decisión que se toma y la capacidad que se tiene.

Nadie es completamente incapaz, salvo que se halle inconsciente o en coma. Un niño pequeño tiene capacidad, aunque muy reducida. Las personas

adultas gozan de una capacidad mucho mayor pero no la tienen absoluta, aunque sólo sea porque tienen sus manías, fobias, filias, etc. De ahí que no pueda pedirse una capacidad total a las personas, sino sólo aquella que sea proporcional a la decisión que toman.

La escala de James Drane, que es la propuesta, parte del principio de que la capacidad no es un concepto binario, que se tiene o no se tiene, sino algo que se posee en mayor o menor medida y cuyo disfrute es proporcional al tipo de decisiones que uno puede tomar. Al aumentar la capacidad lo hace también el poder de decidir, y a la inversa. Cuando un paciente no tiene capacidad para decidir, deben hacerlo sus familiares y allegados y, en último término, el juez.

El médico nunca debe tomar la decisión por el paciente, salvo en casos de extrema urgencia, peligro para la salud pública e imperativo legal. Los problemas no acaban ahí. Ello se debe al hecho de que todos los seres humanos tenemos valores, a que en el proceso del consentimiento informado hemos de articular o coherer con los hechos que nos transmiten los profesionales en la fase de información.

El paciente tiene que articular esa información técnica con valores para tomar una decisión. Hoy es de todo punto evidente que las decisiones en general, y las médicas en particular, no pueden adoptarse solo con hechos sino que han de incluir valores. Lo cual exige una exploración de estos por parte del profesional.<sup>13</sup>

La exploración de valores es una de las grandes asignaturas pendientes de la medicina. Desde la época del positivismo se ha considerado que las tres decisiones clínicas, la diagnóstica, la pronóstica y la terapéutica, debían tomarse solo a la vista de los hechos clínicos. Este planteamiento procedía del prejuicio, también heredado del positivismo, de que solo los hechos son objetivos y que únicamente en torno a ellos cabe un análisis o discusión racional.

Los valores son subjetivos y cuanto puede hacerse es respetarlos. Las actitudes clásicas ante el mundo del valor han sido dos: imposición e

inhibición. La táctica más frecuente a lo largo de la historia occidental ha sido la primera, según la cual los valores eran considerados objetivos, de modo que quien no los viera de ese modo no estaba en su sano juicio. Por supuesto, los valores considerados objetivos y autoevidentes eran aquellos que detentaban o defendían las personas dotadas de autoridad profesional y poder social, que utilizaban para imponérselos a los demás, con el objeto de conseguir la homogeneidad que se consideraba necesaria para el buen orden social.

Este modo de pensar ha tenido una dilatada y profunda influencia en medicina. Tal fue siempre la justificación del paternalismo. Los valores objetivos o auténticos son, por supuesto, los del médico, que para eso es la persona formada en la gestión de la enfermedad, de modo que son los únicos que pueden y deben ser tenidos en cuenta. Los valores del paciente carecen de relevancia en este contexto, porque coinciden con los del profesional, en cuyo caso son inútiles, o se oponen a ellos, y entonces deben considerarse erróneos y no pueden tenerse en cuenta.

Esta ha sido la actitud más clásica en la gestión de los valores en medicina. La opuesta, la actitud que hemos llamado neutral o de inhibición, ha sido la propia del pensamiento liberal a ultranza. Esta considera que los hechos son objetivos pero los valores, completamente subjetivos. Carecen de racionalidad, motivo por el cual la deliberación sobre valores está condenada al fracaso de antemano. Ante los valores de los demás debemos ser tolerantes, aunque nos parezcan erróneos.

El respeto a la diversidad, es decir, al llamado pluralismo de valores, no tiene otro límite que el establecido por la prudencia, más allá del cual se incurre en el fanatismo, el fundamentalismo o el sectarismo. Frente a las dos actitudes descritas, en el último siglo ha tomado cuerpo una tercera vía en la gestión de los valores. En vez de imposición o de inhibición, deliberación.

Los valores no son totalmente racionales, aunque estamos obligados a que sean razonables, y razonar sobre ellos es un deber moral de todo ser humano. Las decisiones en materia de salud no dependen únicamente de

criterios clínicos, sino que están condicionadas por nuestras creencias, valores, preferencias y expectativas de vida. La *historia de valores*<sup>10</sup> es un documento en el que se deja constancia de las preferencias y valores de los pacientes en materia de salud, para que sean tenidos en cuenta y respetados a lo largo de todo el proceso.

En ese documento quedará constancia de la actitud general del paciente ante la vida, la salud, la enfermedad, el dolor y la muerte, de sus relaciones familiares, sus opciones a propósito de la autonomía, la independencia y el control de sí mismo, sus creencias religiosas, el destino del cuerpo tras la muerte, etc. Mediante la historia de valores el paciente orienta el proceso de toma de decisiones de los profesionales, con lo que eliminan posibles conflictos y disminuye la incertidumbre y la ansiedad de quienes le tratan.

Es recomendable pedir al paciente permiso para comentar y transmitir la historia de valores a los médicos y a los familiares o amigos más cercanos, que presumiblemente acompañarán al paciente durante el proceso asistencial. En la medida en que los valores o actitudes ante la enfermedad y la salud puedan variar, es preciso revisar y actualizar el documento, al objeto de garantizar que este refleje los valores actuales del paciente. Asimismo, para garantizar su conocimiento y su aplicabilidad conviene incorporar la historia de valores a la historia clínica, como parte del proceso de planificación anticipada de la atención.

### Conclusiones

La incorporación de los conocimientos deontológicos a la formación del profesional de la salud se convierte en la regla de oro en pos de lograr una medicina más humana e inclusiva.

### Referencias bibliográficas

1. Potter, VR. Bioethics: bridge to the future, Prentice-Hall, New Jersey, 1971.
2. Potter, VR. Global Bioethics, Michigan State University Press, Michigan, 1988.
3. Petrao, NM do C.

3. Fundamentación antropológica de la Bioética: expresión de un nuevo humanismo contemporáneo, Cuadernos del Programa Regional de Bioética No. 2, 1997: 14.
4. Dieterich, SH. Globalización, Educación y Democracia en América Latina. En: La Sociedad Global. Educación, Mercado y Democracia, Casa Editorial Abril, La Habana, 1997: 61.
5. Gracia, D. Fundamentos de Bioética, Eudema, S.A., Madrid, 1989: 170.
6. Engels, F. Ludwig Feuerbach y el fin de la filosofía clásica alemana, Ed. Política, La Habana, 1964: 38.
7. Engelhardt, HT. Los fundamentos de la Bioética, Ed. Paidós Básica, Barcelona, 1995: 96. p. cit7: Pp. 98 y 401.
8. Beauchamp, TL, Childress, JF. Principles of Biomedical Ethics, Oxford University Press, New York, 2009: 67 y 121. 10. p. cit 9.: p. 44. 11. Kottow, L.
9. Introducción a la Bioética, Ed. Universitaria, Santiago de Chile, 2005: 55. 12.
10. Pérez, ME, Pérez, A. Fundamentar la Bioética desde una perspectiva nuestra. En: Bioética desde una perspectiva cubana, Centro "Félix Varela", La Habana, 1997: 33-34.
11. Acosta, JR, González, MC. El escenario posmoderno de la Bioética. En: Bioética desde una perspectiva cubana, Centro "Félix Varela", La Habana, 2017.
12. Júdez J (edits.) Bioética en la práctica clínica. Madrid: Triacastela, 2004.
13. Gracia D, Rodríguez-Sendín JJ. (edits.) Guías de ética en la práctica clínica. Vol. 1.

