

Seguridad del paciente y códigos deontológicos en Beauchamp y Childress

Telma Rejane dos Santos Façanha¹, Volnei Garrafa²

Resumen

La seguridad del paciente es una cuestión persistente en salud pública y ha asumido una nueva connotación en el contexto sanitario contemporáneo. Beauchamp y Childress, en la obra *“Principles of biomedical ethics”*, abordan la actuación ética de los profesionales de la salud y la influencia de los códigos deontológicos en la seguridad del paciente. En ese sentido, este estudio procura demostrar que los códigos deontológicos son insuficientes para atender a todos los dilemas éticos y morales relacionados con la seguridad del enfermo en la actualidad. Así, se propone que este tema no sólo sea discutido en los consejos de ética del área de la salud, sino también en los comités interdisciplinarios de bioética clínica y asistencial, proporcionando un ejercicio más amplio y concreto de reflexión bioética.

Palabras clave: Bioética. Códigos de ética. Seguridad del paciente. Salud pública.

Resumo

Segurança do paciente e códigos deontológicos em Beauchamp e Childress

A segurança do paciente é questão persistente de saúde pública e tem assumido nova conotação no contexto sanitário contemporâneo. Beauchamp e Childress, na obra pioneira *“Principles of biomedical ethics”*, abordam a atuação ética dos profissionais de saúde e a influência dos códigos deontológicos na segurança do paciente. Nesse sentido, este estudo procura demonstrar que esses códigos são insuficientes para atender a todos os dilemas éticos e morais relacionados à segurança do enfermo na atualidade. Assim, propõe-se que esse tema não seja somente discutido em conselhos de ética da área da saúde, mas também em comitês interdisciplinares de bioética clínica e assistencial, proporcionando exercício mais ampliado e concreto de reflexão bioética.

Palavras-chave: Bioética. Códigos de ética. Segurança do paciente. Saúde pública.

Abstract

Patient safety and deontological codes in the context of Beauchamp and Childress

Patient safety is a persistent issue in public health that has taken a new connotation in the contemporary sanitary context. Beauchamp and Childress, in their pioneering work, *Principles of Biomedical Ethics*, address the ethical role of health professionals and the influence of deontological codes on patient safety. The present study seeks to demonstrate that codes of ethics are insufficient to address all ethical and moral dilemmas related to patient safety at present. In this sense, it is proposed that this topic should not be discussed only in the ethics councils of the different professions in the health area, but that the dialogue be extended to the interdisciplinary committees of clinical and healthcare bioethics, providing a broader and concrete exercise of bioethical reflection.

Keywords: Bioethics. Codes of ethics. Patient safety. Public health.

1. **Doutoranda** telmarejane68@gmail.com – Universidade de Brasília (UnB) 2. **PhD** garrafavolnei@gmail.com – UnB, Brasília/DF, Brasil.

Correspondência

Telma Rejane dos Santos Façanha – Universidade de Brasília. Campus Universitário Darcy Ribeiro. Faculdade de Ciências da Saúde. Cátedra Unesco de Bioética. Caixa Postal 04451 CEP 70910-900. Brasília/DF, Brasil.

Declararam não haver conflito de interesse.

La seguridad del paciente es una cuestión persistente en el campo de la salud pública, que ha estado presente desde los tiempos de Hipócrates cuando pronunció la célebre frase “*primum non nocere*”: en primer lugar, no hacer daño¹. No obstante, es evidente que los cuidados y prácticas de las ciencias de la salud desde entonces vienen experimentando cambios en relación con los avances sociales, científicos y tecnológicos. Las prácticas abusivas durante la Segunda Guerra Mundial también contribuyeron en gran medida a estas transformaciones en el campo de la salud, dando inicio a nuevos y complejos dilemas morales.

Entre otras razones, Tom Beauchamp y James Childress² se valieron de la necesidad de discutir la ética en la práctica clínica y asistencial para publicar, en 1979, el libro “*Principles of biomedical ethics*”. Recomendaban que los profesionales de la salud respeten la libertad particular de cada sujeto para decidir sobre los aspectos de sus condiciones de vida (autonomía) y abstenerse de cualquier intervención que pudiera perjudicar al individuo (no maleficencia). Además, siempre deberían actuar de manera justa³ para hacer el bien (beneficencia) y desarrollar sus prácticas sin discriminación.

A partir de esto, el objetivo de este artículo fue abordar el tema de la seguridad del paciente y su relación con la práctica ética de los profesionales de la salud, teniendo como base la concepción de Beauchamp y Childress. También se proponen, a través de la literatura revisada, posibles soluciones a los dilemas morales en este contexto.

Breve contextualización histórica de la seguridad del paciente

La complejidad inherente al sistema de salud ha sido pensada desde la perspectiva contemporánea de la seguridad del paciente, considerando no sólo los problemas éticos y morales de los médicos, sino las diversas competencias que deben ser dominadas por otros miembros del equipo de salud. Para ello, es necesario comprender adecuadamente los principios y conceptos de seguridad del enfermo y desarrollar nuevas habilidades, considerando la intrincada red de cuidados de salud contemporáneos y la creciente profesionalización en el área⁴.

El análisis de los daños causados por los cuidados de salud en los pacientes también se ha tornado uno de los objetivos centrales en los eventos inherentes a la seguridad del usuario del sistema de salud. Estos daños fueron informados por primera vez en la bibliografía a principios de la década de

1980, coincidiendo con la crisis de negligencia en Estados Unidos⁵ y, más recientemente, con el énfasis del gobierno norteamericano en seguridad y la calidad de cuidados de salud y en eventos adversos. La atención reciente a los daños causados a enfermos por parte de profesionales de la salud deriva especialmente del “Estudio de práctica médica de Harvard”, de 1990, que mostró la extensión de los eventos adversos en pacientes hospitalizados⁶. Desde su publicación, las investigaciones en países desarrollados y en desarrollo continuaron revelando tasas de daños inaceptables⁷.

Aunque este tema ha sido parte de las discusiones en el contexto científico en las últimas décadas, aún hay pocas evidencias de una mejora en los sistemas de salud y muchos problemas persisten, incluso con las inversiones para mejorar la seguridad y la calidad de los cuidados⁸. Otro punto es el hecho de que hay pocos estudios que aborden las dificultades que los médicos, en contraste con otras profesiones, tienen con la notificación. La “cultura de la culpa” en la medicina afecta a todos los médicos, pero en particular a los internos y residentes, que a menudo son reacios a confiar en el sistema de informes clínicos o a discutirlos con colegas más experimentados⁹.

A diferencia de los enfermeros, los médicos tienden a informar los errores con menos frecuencia y prefieren un abordaje libre de culpa en los controles de mortalidad y morbilidad y los procesos de revisión por pares (que tienen como objetivo entender mejor cómo se cometieron los errores y cómo podrían haberse evitado) antes que notificarlos a los sistemas de gestión de incidentes hospitalarios¹⁰. A pesar de los esfuerzos para reducir los eventos adversos y mejorar la seguridad y la calidad de los cuidados de salud, un sistema de salud más seguro y confiable centrado en el paciente permanece indefinido⁸. Por lo tanto, aunque la notificación de estos eventos ha sido una herramienta importante y utilizada actualmente para mejorar la seguridad y la calidad de la atención al paciente, su sistema podría mejorarse.

En vista de esto, existe un amplio consenso acerca de que la responsabilidad por eventos adversos se atribuye principalmente a los sistemas de salud y no a los profesionales que causan daños por errores de omisión o por comisión. Cuando los equipos hospitalarios investigan estos incidentes usando el análisis de causa raíz, generalmente también deben considerar múltiples factores que pueden haber contribuido a los resultados inesperados. El hecho de que surjan experiencias adversas como consecuencia de la (no) función de los sistemas de salud y no del error o negligencia individual es

sorprendente, ya que es grande la cantidad de profesionales involucrados en los cuidados de personas y comunidades¹¹.

Actualmente, los pacientes dependen de las habilidades y del conocimiento de los más variados profesionales de la salud, que deben ser técnicamente competentes y capaces de comunicarse de manera efectiva con el enfermo, los cuidadores y otros miembros del equipo. Para entender a los cuidados de salud como un sistema, es fundamental tener en cuenta que dependen de una comunicación eficiente, precisa y oportuna entre profesionales.

Además, al reconocer que la mejora de la asistencia brindada al paciente involucra una variedad de especialistas en un ambiente dado, el foco se traslada de la relación médico-paciente al sistema de salud. Se desplazan de igual manera el papel y la autoridad de cualquier profesional o equipo hacia la integración de diferentes actividades en un sistema enfocado en optimizar la atención y la seguridad del enfermo¹². Este abordaje y la aplicación de las mejores prácticas de salud traen beneficios a los usuarios del sistema de salud, pero vienen acompañados de importantes preocupaciones éticas y morales relacionadas con los profesionales.

La seguridad del paciente en el juramento hipocrático

Aunque el Juramento de Hipócrates y el código de ética médica hoy presupongan que los médicos son capaces de dañar a los pacientes, estos daños tienen otra génesis: los propios cuidados de salud¹¹. El médico que trabaja aisladamente no consigue mantener seguro al sistema, pues la garantía de los cuidados de salud depende del equipo constituido por profesionales que trabajan interdisciplinariamente, en lugar de una sola categoría como elemento central y en el control.

Incluso cuando el médico no tiene el conocimiento necesario o especializado para tratar al enfermo de manera ideal, los perjuicios son menos notables cuando trabaja con el equipo de salud. Considerar sólo la díada médico-paciente es un retrato impreciso y desafortunado de los cuidados de salud contemporáneos, ya que raramente el enfermo depende únicamente de un profesional.

Cada paciente cuenta con una red de médicos, farmacéuticos, fisioterapeutas, terapeutas de rehabilitación, enfermeros, recepcionistas, personal del hospital, entre otros tantos especialistas. Los médicos que se limitan a la díada mencionada no sólo

interpretan mal su posición en el sistema de salud, sino que aumentan la posibilidad de errores de comunicación con los enfermos. Por lo tanto, cada vez es más claro que se obtienen mejores resultados cuando estos profesionales de la salud trabajan en equipo¹¹.

Desafortunadamente, algunos médicos malinterpretan este trabajo en conjunto, pensando que al ser el “responsables por el paciente” cumple completamente con los requisitos de su función. Sin embargo, la actividad en equipo y la atención multidisciplinaria son procesos complejos, sostenidos por la aplicación de conocimientos y habilidades específicas para cada categoría profesional¹³.

En el juramento, hay algo intuitivo en respetar la privacidad de los pacientes, así como las cuestiones de la vida y la muerte, y la creencia de que el médico no debe asumir el papel de Dios, apropiándose de la autoridad de la fe religiosa¹. Humildad, cuidado, responsabilidad y respeto por la confidencialidad y la dignidad humana representan valores que todo profesional debería reconocer y apoyar.

Si bien los cuidados de salud resultan de la aplicación de conocimientos biocientíficos por parte de especialistas en sus respectivas áreas, los factores sociales y tecnológicos también determinan si el tratamiento beneficiará o perjudicará al paciente, independientemente de dónde se brinde el servicio (paciente ambulatorio, enfermería, consultorio, hogar o comunidad). Otros factores, como el conocimiento y la experiencia del profesional, los aspectos ambientales y las condiciones y comorbilidades del paciente, también afectan la continuidad de la atención. Esto significa que los resultados seguros dependen de una comprensión profunda de organizaciones, sistemas y factores humanos; reconocimiento, prevención y gestión de errores; y disposición y capacidad de usar herramientas para medir y mejorar la calidad de los tratamientos. El trabajo en equipo deficiente, la incapacidad para comunicarse de manera efectiva con los pacientes, la incompreensión de los factores humanos y una noción vaga sobre el sistema de salud son circunstancias directamente relacionadas con la aparición de eventos adversos¹⁴.

Sin duda, los pacientes prefieren la honestidad y pueden aceptar la falibilidad de sus médicos. Sin embargo, muchos de ellos siguen siendo reacios a tener una postura más abierta sobre sus propios errores, tal vez por temor a litigios (en gran parte, infundado), culpa y pérdida de reputación. El juramento moderno alude al enorme poder del clínico y calla sobre los sistemas de salud y los males evitables, así como la posibilidad de daño o error y el deber de prevenirlos. Otras barreras para reducir el sufrimiento humano causado por los cuidados de

salud residen en el *ethos* médico, en las estructuras jerárquicas institucionalizadas en la medicina académica y en los servicios, que desalientan el trabajo en equipo, la transparencia y los procesos claros de rendición de cuentas⁸.

La persona enferma se presenta como alguien vulnerable que necesita cuidados especializados, cuya vida puede salvarse o ser exterminada por las acciones de los médicos, es decir, rara vez es visto como un agente activo. El juramento no menciona los deseos, las preferencias de atención, los valores o la capacidad del paciente para elegir o actuar. Del mismo modo, ignora la autonomía, la libertad o los derechos, y no da lugar a asociaciones igualitarias¹¹. Considerando que los juramentos, por su propia naturaleza, abordan deberes y responsabilidades, establecer al médico muy claramente como el único actor en el centro de las actividades es totalmente inconsistente con las ideas modernas sobre los derechos humanos y la capacidad de los pacientes para dirigir sus cuidados. Al no considerar al enfermo como un individuo concreto, el juramento adquiere poca relevancia en la contemporaneidad y dice más sobre la hegemonía de la profesión y las barreras para una atención segura y eficaz que sobre la ética moderna o los cuidados de salud¹¹.

Códigos morales en Beauchamp y Childress

Según Azambuja y Garrafa¹⁵, las normas morales son esenciales en el contexto de la moralidad común en tanto producto histórico. En la obra de Beauchamp y Childress² son entendidas como una agrupación de reglas y principios morales que constituyen un conjunto racional y socialmente estable de lo que se entiende como correcto e incorrecto, tan ampliamente aceptado y extendido que forman una verdadera "institución social"¹⁵. La moralidad común contiene normas morales abstractas, universales y refinadas ("decir la verdad", por ejemplo).

Karlsen y Solbakk¹⁶ entienden la moralidad común como una teoría aplicable a cualquier persona, independientemente de la cultura o el tiempo. Las reglas, en este contexto, son principios que siempre deben seguirse a riesgo de castigo. Los ideales morales fomentan la prevención y el alivio del mal, pero no son obligatorios. La falta de distinción entre reglas e ideales morales es lo que se cuestiona en Beauchamp y Childress², dado que, de modo general, sus cuatro principios no son considerados deberes, a veces operan como reglas, a veces como ideales morales³. Pero esto no disminuye la importancia del trabajo en el contexto de la bioética.

Según Beauchamp y Childress, la moral común contiene moralidades concretas, concretas y no universales, como *hacer divulgaciones orales conscientes y obtener un consentimiento informado por escrito de todos los sujetos de investigación humana*¹⁷. En la comprensión de estos autores, las moralidades particulares se distinguen por normas específicas que, sin embargo, no están justificadas si violan los preceptos de la moralidad común. Incluyen las diversas responsabilidades, aspiraciones, idealismos, actitudes y sensibilidades que se encuentran en diversas tradiciones culturales y religiosas, estándares de práctica profesional y guías institucionales.

Los autores señalan que las moralidades profesionales, con sus códigos morales y deontológicos, constituyen un tipo de moralidad particular. Según ellos, pueden variar legítimamente en la forma en que manejan ciertos conflictos de intereses, revisiones de protocolos, directrices anticipadas y asuntos similares. Los ideales morales, así como las metas caritativas y las aspiraciones de ayudar a las personas que sufren, son ejemplos instructivos de lo que puede ser parte de ciertas moralidades. Por definición, los ideales morales, como la caridad, no son obligatorios. Para Beauchamp y Childress², quien no cumple sus ideales no pueden ser inculcados o criticados por otras personas. Sin embargo, estas aspiraciones pueden ser una parte muy importante de la moralidad personal o comunitaria.

Todos los que están moralmente comprometidos comparten admiración y respaldan diversos ideales morales de generosidad y servicio, que se derivan de las creencias morales asociadas con la moralidad común, siendo bien consideradas, incluso si no se requieren o practican universalmente. Cuando estos principios se consideran deberes (como lo son en algunas tradiciones monásticas), las obligaciones se vuelven parte de una moral particular, no universal.

Beauchamp y Childress² sostienen que las personas que aceptan este tipo particular de moralidad a veces asumen que tienen autoridad sobre los demás, operando bajo la falsa creencia de que sus convicciones particulares tienen la legitimidad de la moral común. Estas personas pueden tener creencias moralmente aceptables e incluso loables, pero cuando son individuales no vinculan a otras personas o comunidades.

Las reglas y sus especificaciones

La especificación puede entenderse como un proceso para reducir la indeterminación de las

normas abstractas y para crear reglas con contenido orientador de la acción. Sin “especificaciones”, “no causar ningún daño” es simplemente un punto de partida para pensar los problemas. No se trata, por lo tanto, de una producción o defensa de normas generales como las de la moralidad común – permite al profesional asumir que existen normas relevantes.

Un ejemplo de especificación implica la regla de que “los médicos deben poner los intereses de sus pacientes en primer lugar”. En algunos países, las personas enfermas pueden recibir el mejor tratamiento disponible sólo si los médicos tergiversan la información en los formularios de seguro. Sin embargo, la necesidad de priorizar las demandas del paciente no implica que el médico deba actuar ilegalmente, alterando la descripción del problema en este tipo de formularios. Las normas contra el fraude y que garantizan la prioridad del paciente son, en el sentido kantiano, imperativos categóricos y, cuando entran en conflicto, se necesita alguna especificación para saber qué se puede hacer y qué no².

Todas las reglas morales están sujetas a la especificación y necesitan un contenido adicional, pues la complejidad de los fenómenos morales supera nuestra capacidad de aprehenderlos en las normas generales. Además, muchas reglas ya especificadas deben evolucionar para hacer frente a nuevas situaciones conflictivas.

Las personas y los grupos tienen especificaciones contradictorias, lo que potencialmente puede crear múltiples moralidades particulares. En cualquier caso problemático, es probable que éstas se ofrezcan por partes razonables y justas, todas comprometidos con la moralidad común. Nada en el modelo de especificación sugiere que sea posible evitar juicios discrepantes, y afirmar que una cuestión se resuelve por especificación es decir que las normas se han determinado lo suficiente como para saber siempre qué se debe hacer.

Obviamente, algunas propuestas no serán la solución más adecuada o justificada. Cuando surgen especificaciones discordantes, se debe procurar encontrar la más apropiada. Además, las proposiciones deben basarse en procesos deliberativos para tener métodos y modelos de justificación que brinden soporte a algunas especificaciones y no a otras².

Por lo tanto, algunas normas son prácticamente absolutas y no requieren especificaciones adicionales. Más interesantes son aquellas formuladas intencionalmente para incluir todas las excepciones legítimas. Por ejemplo, *obtenga siempre consentimiento informado oral o escrito para la intervención médica con pacientes competentes, excepto en*

*situaciones de emergencias, en exámenes forenses, en situaciones de bajo riesgo o cuando los pacientes renuncian a su derecho a informaciones adecuadas*¹⁸. Esta norma debe ser mejor interpretada, detallando qué es “consentimiento informado”, “emergencia”, “renuncia”, “examen forense” y “bajo riesgo”, y sería absoluta si todas las excepciones legítimas hubieran sido incorporadas con éxito en la formulación. Si estas reglas absolutas existen, son raras. A la luz de los posibles conflictos contingentes entre normas, se concluye que incluso las más firmes y detalladas son susceptibles a casos excepcionales².

Obligación residual y arrepentimiento moral

Según Beauchamp y Childress², el agente que designa un determinado acto como el más adecuado en una circunstancia de obligaciones en conflicto puede no ser capaz de cumplir con todas las incumbencias morales que se le atribuyen. Incluso la acción moralmente más correcta puede ser lamentable y dejar residuos o rastros morales – el arrepentimiento, por ejemplo, de lo que no se ha hecho, puede surgir incluso en acciones claras y no contestadas.

Como destaca Tavares¹⁹, este pesar predomina en las relaciones mejor estructuradas. Con humildad, el profesional percibe en su falla la oportunidad de adquirir más conocimientos, recibiendo una nueva oportunidad de parte del paciente. Las reuniones de conciliación entre las partes son comunes para evitar los procesos judiciales: médico y paciente en litigio se enfrentan cara a cara para solucionar los conflictos sin apelar a demandas en el consejo del colegio o incluso en la Justicia.

Por otro lado, en relaciones poco consistentes, cuando el médico revela trazos narcisistas y arrogantes de su personalidad, ambos comienzan a ver en el “error” una forma de fracaso, intolerable para el paciente, que no dará otra oportunidad, ni aceptará una solicitud formal de disculpas. En este caso, el paciente generalmente tiene la intención de condenar al profesional por “error médico” en un proceso judicial¹⁹.

Las obligaciones *prima facie* no desaparecen cuando son sustituidas, y generan residuos morales. Muchas veces, cuando ciertas incumbencias no se cumplen, se crea un nuevo encargo. A veces, se puede compensar la incapacidad de cumplir determinada obligación notificando con anticipación a las personas sobre la imposibilidad de cumplir la promesa o pidiendo disculpas de modo tal de reafirmar

la relación y amenizar las circunstancias para que el conflicto no se repita².

Códigos deontológicos y moralidades en las profesiones

De acuerdo con Beauchamp y Childress², la mayoría de las profesiones tienen su propia moralidad implícita, con estándares de conducta generalmente reconocidos y alentados por individuos moralmente comprometidos. En medicina, la moralidad profesional especifica normas generales para las instituciones y las prácticas relacionadas con ella.

Debido a sus roles especiales y relaciones, la medicina exige reglas propias. Las normas del consentimiento informado y la confidencialidad médica pueden no ser útiles o apropiadas fuera de la práctica y de la investigación en salud, pero se justifican por exigencias morales de respeto a la autonomía de las personas y de protección contra daños. En los últimos años, emergieron diversos códigos de ética médica y de enfermería, códigos de ética en investigación, políticas corporativas de bioética, directrices institucionales sobre conflictos de intereses, informes y recomendaciones de comisiones públicas.

Beauchamp y Childress² afirman que los profesionales generalmente se distinguen por su conocimiento especializado y formación, así como por su compromiso de proporcionar servicios o informaciones importantes a pacientes, clientes, estudiantes o consumidores. Existen organizaciones autorreguladoras que controlan la entrada de profesionales en funciones ocupacionales, certificando formalmente que los candidatos han adquirido capacitación supervisada y que pueden brindar un servicio seguro a la sociedad.

Para los autores, las organizaciones ligadas a los cuidados de salud especifican y hacen cumplir las obligaciones de sus miembros, procurando asegurar que aquellos que establecen relaciones con estos profesionales los consideren competentes y de confianza². Siendo así, sostienen que estos deberes están determinados por un papel aceptado y comprenden la "ética" del oficio, aunque también puedan existir reglas o ideales específicos para cada función. Los problemas de ética deontológica generalmente surgen de conflictos en la normalización o entre compromisos profesionales y personales.

Cuando se aplican a los profesionales médicos, estas normas y compromisos pueden entrar en conflicto, causando errores y, en consecuencia, daños a los pacientes. Un ejemplo de esto son las jornadas

diarias más largas, en diferentes lugares, para atender a una cantidad creciente de pacientes en consultas rápidas. El historial médico, que debería ser la mejor herramienta del profesional, termina siendo llenado de manera inadecuada (con una letra incomprensible, por ejemplo), incompleto y, a menudo, no se registran informaciones relevantes sobre el paciente y su enfermedad¹⁹.

También es importante observar que las condiciones físicas del lugar de trabajo pueden influir en la conducta del equipo. La interdisciplinariedad y la búsqueda de la integralidad en el ambiente profesional pueden reducir errores y daños a los pacientes. La justificación ya consagrada de que el médico es humano como cualquier otro profesional y, por lo tanto, pasible de fallas, aunque pertinente, todavía no tiene el debido respaldo social¹⁹.

Como los estándares tradicionales de moralidad profesional son, muchas veces, vagos, algunas profesiones los codifican en un documento detallado. Sus códigos a veces especifican reglas de etiqueta, además de principios éticos. Por ejemplo, la versión de 1847 del Código de la Asociación Médica Americana²⁰ instruía a los médicos en orden a no criticar a los colegas responsabilizados por un error². Estos códigos profesionales tienden a reforzar la identificación de los miembros con los valores prevalentes del oficio. Son benéficos cuando incorporan efectivamente normas morales defendibles, pero algunos simplifican demasiado los requisitos morales, tornándolos muy rígidos o reivindicando excesiva e injustificadamente su integridad y autoridad profesional. Como resultado, los profesionales pueden suponer erróneamente que están cumpliendo con todas las exigencias morales relevantes, siguiendo estrictamente las reglas del código, así como muchas personas creen que cumplen plenamente sus obligaciones morales al cumplir con todos los requisitos legales relevantes².

Para Beauchamp y Childress², es pertinente preguntarse si los códigos específicos de medicina, enfermería y salud pública son coherentes, defendibles y exhaustivos. Históricamente, pocos documentos han tenido mucho para decir sobre las implicaciones de diversos principios y reglas morales, como la veracidad y el respeto a la autonomía y a la justicia social, que han sido objeto de mucha discusión en el campo de la ética biomédica.

Desde la Antigüedad, los médicos han creado códigos para sí mismos, sin considerar la seguridad del paciente o sometiéndolos a la aceptación. Estas normas rara vez apelan a estándares éticos generales o a una fuente de autoridad moral más allá de las tradiciones y los juicios de los propios profesionales.

Así, la articulación de conductas profesionales en estas circunstancias ha servido más, muchas veces, para proteger los intereses del oficio que para ofrecer un punto de vista moral amplio e imparcial o para abordar la seguridad de la sociedad en general.

El énfasis en la medicina, la ciencia y la tecnología y en las visiones conservadoras sobre el significado de la ética influyen en gran parte de la formación en salud contemporánea. En todo el mundo, las grandes currículas de las facultades de medicina están cada vez más sobrecargadas de disciplinas, quedando sujetas a la expectativa de que los programas médicos deben producir, además de practicantes, investigadores competentes. Las facultades de medicina se esfuerzan por atender a las exigencias impuestas por los avances de la ciencia y la biotecnología, muchas veces en detrimento de las humanidades, la bioética y las ciencias sociales, que son dejadas en un segundo plano.

De esta forma, la formación ética se atrofia, centrándose menos en las reflexiones y en la sabiduría y más en el gobierno y el tecnicismo. Aprender sobre los errores médicos y cómo manejarlos, entender los sistemas de salud, la fragilidad humana, los valores, los límites y las habilidades prácticas del cuidado interdisciplinario, desarrollar el concepto de asociación con los pacientes y la capacidad para captar la diversidad cultural raramente son puntos reforzados en la enseñanza o reciben el mismo énfasis que el aprendizaje de conocimientos técnicos y competencias científicas¹¹.

Seguridad del paciente y códigos deontológicos contemporáneos

Los códigos de ética y la práctica profesional pueden verse como “marcas de la profesión” o signos de la organización de un grupo determinado, que reivindica la autorregulación y la autoridad epistémica y moral, definiendo sus fronteras y, por lo tanto, las relaciones con otros grupos, además de declarar lo que cree que es su deber para con la sociedad. Estos documentos son, muchas veces, internos y exclusivos y pueden ser ajenos a las dimensiones sociales y políticas de la práctica, ya que tienden a centrarse más en mantener los intereses de la profesión, cuando deberían enfatizar el bienestar humano y el funcionamiento de los sistemas de salud, las preocupaciones morales que conciernen no sólo a una categoría profesional en particular, sino a todos los ciudadanos¹¹.

Por lo tanto, es hora de que los códigos éticos y profesionales tengan más en cuenta los aspectos

sociopolíticos de los cuidados de salud y los roles de todas las profesiones del área. Es necesario comprender que los resultados anhelados por los pacientes dependen de complejos sistemas de cuidados y no se derivan únicamente de las acciones de profesionales aislados. Esto no significa que tales normas deban abandonar su compromiso con valores morales fundamentales como el cuidado, la compasión, la integridad, la veracidad, la confidencialidad, el respeto a la autonomía y la dignidad humana, sino que deben complementarse con otros principios.

Así, los enfermos serán capaces de reconocer la dinámica humana y el sistema organizacional que pueden perfeccionar la atención, y que las fallas en este sistema muchas veces conducen a errores y eventos adversos. Se propone democratizar el desarrollo de códigos de ética, involucrar a otros profesionales en el proceso de cuidados de salud, incluirlos en las discusiones sobre el *ethos* de la medicina y actualizar el papel de los médicos en la atención y en el bienestar humano¹¹.

En virtud de esta expectativa, se comprende que tanto el derecho médico como los códigos deontológicos deben revisarse periódicamente²¹ para contribuir mejor a resolver los problemas morales emergentes. De la misma forma, Soares, Shimizu y Garrafa afirman que *los profesionales de salud en Brasil lidian con revisiones periódicas de sus códigos y son testigo de diferentes sistemas de códigos y leyes para otros aspectos de la vida personal y profesional. Estas revisiones fueron retomadas con el proceso de redemocratización del país, y se convirtieron en un campo de conflictos debido al desarrollo de las profesiones, la ciencia y tecnología, y la hegemonía del capital en su expresión neoliberal actual que monetiza la vida. Cada cambio en el sistema de códigos profesionales debe reflejar, por lo tanto, la madurez corporativa profesional para comprender los cambios más generales en los códigos de leyes que deben proteger a toda la nación. Debe también dialogar con conocimientos provenientes de las humanidades para que, sobre una base democrática, garantice la constitución del lazo social, ampliando los derechos y la protección necesaria de los más vulnerables. Sin embargo, la deontologización del conjunto de dilemas éticos relacionados con el desarrollo acelerado y mercantil de las tecnociencias parece exagerada y es criticada como una voluntad de monopolizar la decisión. La reducción de los problemas éticos a cuestiones de ética profesional no puede justificarse²².*

Considerando este escenario, es posible percibir que los principios orientadores de los códigos deontológicos han sido insuficientes para analizar y

juzgar errores causantes de daño a los pacientes y a la sociedad, ya que los cuidados de salud involucran no sólo aspectos biomédicos, sino también sociopolíticos y culturales, en el contexto de valores morales diversos. Siendo así, es urgente ampliar sus preceptos, de modo que el juicio de los deberes profesionales no se quede reducido a la esfera individual en el campo de la salud.

Así las cosas, si en gran parte del siglo XX los problemas éticos y deontológicos que permeaban las prácticas de salud eran exclusivamente de naturaleza biomédica, hoy han adquirido una nueva identidad pública. Un ejemplo regional y geopolítico es la construcción de las llamadas “bioéticas latinoamericanas”, que incorporan la ética biomédica pero no se limitan a ella, y fronteras deontológicas propias de las relaciones entre profesionales y pacientes. Por el contrario, incorporan conceptos más amplios en su interpretación de “calidad de vida humana”^{23,24}.

Entre ellas se incluye la bioética de intervención, que ofrece instrumentos teórico-metodológicos útiles para analizar los males causados a paciente. Además, se expande en un contexto global, aplicando categorías más genuinas como responsabilidad, cuidado, solidaridad, compromiso, alteridad, tolerancia, prevención de posibles daños e iatrogenias, prudencia con respecto a los avances y novedades, y protección de los excluidos sociales, más frágiles y desatendidos²³. Por lo tanto, la bioética de intervención es una propuesta contrahegemónica cuya base epistemológica va más allá de lo propuesto por los códigos deontológicos del siglo XXI.

En este escenario, se debe considerar además la pluralidad de perspectivas filosóficas, culturales y religiosas de la *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*²⁵, opción también importante para explorar cuestiones deontológicas, dado que este documento, según Andorno²⁶, sostiene una base normativa global capaz de trascender esa diversidad. De esta forma, la actividad biomédica, que trabaja íntimamente con la integridad del cuerpo humano y las cuestiones relacionadas con el derecho a la vida, también debería beneficiarse con este importante y actual recurso normativo universal.

Finalmente, mostrar que no hay una verdad absoluta para solucionar los dilemas éticos cotidianos es la mayor contribución que la bioética puede ofrecer a la evolución de la práctica médica, así como preservar el respeto incondicional a la dignidad del paciente. Además, indica que las habilidades relevantes para la toma de decisiones deben adquirirse con humildad, tolerancia y respeto al pluralismo moral de la sociedad²¹. Así es como los consejos de

ética de las profesiones de salud deben esforzarse para mejorar sus códigos deontológicos.

Consideraciones finales

En la visión contemporánea, la seguridad del enfermo involucra a diversos profesionales de salud, y los resultados de los cuidados brindados dependen también de la interacción de las fuerzas sociales, organizacionales, ambientales, clínicas y económicas, muchas de las cuales están fuera del control individual de estos profesionales. Por lo tanto, las discusiones éticas y morales van más allá de la competencia de una sola clase profesional.

Lo que ocurre con frecuencia es la sanción aplicada al profesional y el mantenimiento de sistemas de salud precarios, lo que pone en riesgo a la población. Es claro que las violaciones, ya sean imprudencia, negligencia o impericia, deben tener medidas legalmente exigibles, pero, de cierta forma, esta cultura punitiva ha impedido el uso de estrategias correctas y eficaces para la seguridad del paciente.

La cuestión aquí abordada trata específicamente los errores relacionados con el incumplimiento de los deberes y obligaciones morales asociados con la seguridad de los enfermos. En este escenario, los daños causados por eventos adversos y que podrían ser evitados se vuelven más atendibles, convirtiéndose en un tema clave en el monitoreo de los cuidados de salud y en la discusión de los dilemas morales.

Los consejos de ética del área de la salud son insuficientes para juzgar los deberes y obligaciones de sus practicantes cuando se aplican a la seguridad del paciente, pues tales resoluciones requieren un análisis ético más allá de lo que consta en los códigos deontológicos. Comprender cómo ocurren las fallas y cuáles son sus implicaciones éticas y legales no es una tarea fácil. Para ello, es necesario ampliar la investigación de las situaciones que involucran incumplimiento de los códigos de ética profesionales y que comprometen la seguridad del paciente.

Finalmente, es necesario que los comités interdisciplinarios de bioética clínica y asistencial dialoguen sobre las consecuencias morales y éticas, teniendo en cuenta la seguridad y la calidad de vida del paciente. La relevancia de la bioética para las políticas públicas está siendo reconocida no sólo por gran parte de los países desarrollados que cuentan con influyentes comités, sino también por diversos países periféricos que aún no han adoptado estos sistemas, permitiendo reflexiones más auténticas en el campo de la bioética.


Referências

1. Eva KW. Trending in 2014: Hippocrates. *Med Educ* [Internet]. 2014 [acesso 17 jun 2019];48(1):1-3. DOI: 10.1111/medu.12392
2. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. 7ª ed. New York: Oxford University Press; 2012.
3. Garrafa V, Martorell LB, Nascimento WF. Críticas ao princípalismo em bioética: perspectivas desde o norte e desde o sul. *Saúde Soc* [Internet]. 2016 [acesso 17 jun 2019];25(2):442-51. DOI: 10.1590/S0104-12902016150801
4. Walton MM, Shaw T, Barnet S, Ross J. Developing a national patient safety education framework for Australia. *BMJ Qual Saf* [Internet]. 2006 [acesso 17 jun 2019];15(6):437-42. DOI: 10.1136/qshc.2006.019216
5. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG *et al*. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med* [Internet]. 1991 [acesso 17 jun 2019];324:370-6. DOI: 1056/NEJM199102073240604
6. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editores. *To err is human: building a safer health system*. Washington: National Academy Press; 2000.
7. Wilson RM, Michel P, Olsen S, Gibberd RW, Vicent C, El-Assady R *et al*. Patient safety in developing countries: retrospective estimation of scale and nature of harm to patients in hospital. *BMJ* [Internet]. 2012 [acesso 17 jun 2019];344:e832. DOI: 10.1136/bmj.e832
8. Leape L, Berwick D, Clancy C, Conway J, Gluck P, Guest J *et al*. Transforming healthcare: a safety imperative. *BMJ Qual Saf* [Internet]. 2009 [acesso 17 jun 2019];18(6):424-8. DOI: 10.1136/qshc.2009.036954
9. Vincent C, Stanhope N, Crowley-Murphy M. Reasons for not reporting adverse incidents: an empirical study. *J Eval Clin Pract* [Internet]. 1999 [acesso 17 jun 2019];5(1):13-21. DOI: 10.1046/j.1365-2753.1999.00147.x
10. Lawton R, Parker D. Barriers to incident reporting in a healthcare system. *BMJ Qual Saf* [Internet]. 2002 [acesso 17 jun 2019];11(1):15-8. DOI: 10.1136/qhc.11.1.15
11. Walton M, Kerridge I. Do no harm: is it time to rethink the Hippocratic Oath? *Med Educ* [Internet]. 2014 [acesso 17 jun 2019];48(1):17-27. DOI: 10.1111/medu.12275
12. James BC, Savitz LA. How intermountain trimmed health care costs through robust quality improvement efforts. *Health Aff* [Internet]. 2011 [acesso 17 jun 2019];30(6):1185-91. DOI: 10.1377/hlthaff.2011.0358
13. Salas E, Dickinson TL, Converse SA, Tannenbaum SI. Toward an understanding of team performance and training. In: Swezey RW, Salas E, editores. *Teams: their training and performance* [Internet]. Westport: Ablex; 1992 [acesso 17 jun 2019]. p. 3-29. DOI: 1992-98450-001
14. Neale G, Woloshynowych M, Vincent C. Exploring the causes of adverse events in NHS hospital practice. *JRSM* [Internet]. 2001 [acesso 17 jun 2019];94(7):322-30. DOI: 10.1177/014107680109400702
15. Azambuja LEO, Garrafa V. A teoria da moralidade comum na obra de Beauchamp e Childress. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2015 [acesso 17 jun 2019];23(3):634-44. DOI: 10.1590/1983-80422015233100
16. Karlsen JR, Solbakk JH. A waste of time: the problem of common morality in *Principles of Biomedical Ethics*. *J Med Ethics* [Internet]. 2011 [acesso 17 jun 2019];37(10):588-91. DOI: 10.1136/medethics-2011-100106
17. Beauchamp TL, Childress JF. Op. cit. p. 5.
18. Beauchamp TL, Childress JF. Op. cit. p. 19.
19. Tavares FM. Reflexões acerca da iatrogenia e educação médica. *Rev Bras Educ Méd* [Internet]. 2007 [acesso 17 jun 2019];31(2):180-5. DOI: 10.1590/S0100-55022007000200010
20. Riddick FA Jr. *The Code of Medical Ethics of the American Medical Association*. Ochsner J [Internet]. 2003 [acesso 31 jul 2019];5(2):6-10. Disponível: <https://bit.ly/31KhKUt>
21. Siqueira JE. A bioética e a revisão dos códigos de conduta moral dos médicos no Brasil. *Rev. Bioética* [Internet]. 2008 [acesso 17 jun 2019];16(1):85-95. Disponível: <https://bit.ly/2XWfCfJ>
22. Soares FJP, Shimizu HE, Garrafa V. Código de Ética Médica brasileiro: limites deontológicos e bioéticos. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2017 [acesso 17 jun 2019];25(2):244-54. p. 246. DOI: 10.1590/1983-80422017252184
23. Garrafa V. Da bioética de princípios a uma bioética interventiva. *Bioética* [Internet]. 2005 [acesso 17 jun 2019];13(1):125-34. DOI: 3615/361533241011
24. Rivas-Muñoz F, Garrafa V, Feitosa S, Nascimento WF. Bioética de intervención, interculturalidad y no-colonialidad. *Saúde Soc* [Internet]. 2015 [acesso 17 jun 2019];24(Supl 1):141-51. DOI: 10.1590/S0104-12902015S01012
25. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. *Declaração universal sobre bioética e direitos humanos* [Internet]. Paris: Unesco; 2005 [acesso 9 out 2017]. Disponível: <https://bit.ly/2kgv9lt>
26. Andorno R. Human dignity and human rights as a common ground for a global bioethics. *J Med Philos* [Internet]. 2009 [acesso 17 jun 2019];34(3):223-40. DOI: 10.1093/jmp/jhp023


Participación de los autores

Ambos autores concibieron la investigación. Telma Rejane dos Santos Façanha elaboró y escribió el manuscrito. Volnei Garrafa colaboró con la revisión final del artículo.

Telma Rejane dos Santos Façanha

 0000-0001-9445-3147

Volnei Garrafa

 0000-0002-4656-2485

Recebido: 23. 1.2018

Revisado: 10.10.2018

Aprovado: 15. 4.2019