

ORIGINAL

Relación clínica y problemas éticos en atención primaria, São Paulo, Brasil

Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli

Escuela de Enfermería, Universidad de Sao Paulo, São Paulo, Brasil

Recibido el 25 de junio de 2009; aceptado el 21 de enero de 2010
Disponible en Internet el 14 de mayo de 2010

PALABRAS CLAVE

Bioética;
Atención primaria;
Relaciones
interpersonales;
Relaciones
interprofesionales;
Relaciones
profesional-paciente

Resumen

Objetivos: Principal: reconocer los problemas éticos en atención primaria desde las percepciones de enfermeras y médicos. Secundario: entender los aspectos éticos de la relación clínica en el contexto de la atención primaria.

Diseño: Síntesis que integra y reinterpreta los hallazgos de 3 investigaciones cualitativas.

Emplazamiento: Centros de atención primaria en la ciudad de São Paulo, Brasil.

Participantes y/o contexto: Muestreo incidental de 34 enfermeras y 36 médicos de centros de atención primaria seleccionados por conveniencia.

Método: Entrevistas individuales, semiestructuradas para identificar situaciones generadoras de problemas éticos. Muestreo socialmente representativo de los centros de atención primaria y de los profesionales. Colecta de datos hasta la saturación empírica del discurso. Se utilizó la hermenéutica-dialéctica para el análisis de los discursos.

Resultados: Se destacan problemas éticos principalmente en la relación clínico-asistencial y relaciones de trabajo. Se señalan la información al paciente, privacidad, confidencialidad, relaciones interpersonales, vínculo y autonomía del usuario. Eso refleja los recientes cambios en relación clínica y las peculiaridades de la atención primaria que resultan de la asistencia continuada por un periodo largo. Resolver los problemas de salud de los usuarios que reclaman su autonomía requiere de relaciones de comunicación y cooperación capaces de mirar los sentimientos y valores con actitud y competencia para escucha y dialogo.

Conclusiones: Los problemas éticos en atención primaria son situaciones comunes del cotidiano. Para ofrecer cuidados de calidad y humanizados la relación clínica debería ser dialógica, de confianza y cooperación.

© 2009 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Bioethics;
 Primary care;
 Interpersonal relationships;
 Interprofessional relationships;
 Professional-patient relationships

Clinical relationships and ethical problems in primary care, Sao Paulo, SP, Brazil**Abstract**

Objectives: Main Objective: to identify ethical problems in primary care according to nurses' and doctors' perceptions. Secondary Objective: to know ethical issues of patient-professional relationships in primary care.

Design: Synthesis to integrate and reinterpret primary results of qualitative studies.

Setting: Primary healthcare centers, Sao Paulo, SP, Brazil.

Participants and/or context: Incidental sample of 34 nurses and 36 medical doctors working in primary healthcare centers selected by convenience.

Methods: Individual, semi-structured interviews to identify situations considered as sources of ethical problems. The sample is socially representative of primary care health centers and professionals. Data collection assured discourse saturation. Hermeneutic-dialectical discourse analysis was used to study the results.

Results: Patient-professional relationships and team work were the main sources of ethical problems. The most important problems were patient information, privacy, confidentiality, interpersonal relationship, linkage and patient autonomy. These issues reflect the recent changes in clinical relationships and show the peculiarities of primary care with its continuous care which lasts a long time. Healthcare involves multiprofessional team work in the midst of the patient claims for autonomy. Good care of patients needs requires a relationship based on communication and cooperation, and includes feelings and values, with communication skills.

Conclusions: Ethical problems in primary care are common situations. For quality and humane primary care the relationship should consist of dialogue, trust and cooperation.

© 2009 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Los problemas éticos detectados en las pocas investigaciones y publicaciones sobre bioética y atención primaria muestran diferencias con los del nivel hospitalario cuando son comparados^{1,2}. Los problemas de salud, y también los éticos, se distinguen según los servicios ofertados, las condiciones de las instituciones y las peculiaridades de los sujetos morales. En los hospitales los pacientes, por su condición de ingresados o de la propia enfermedad, tienen más comprometida su posibilidad de actuar autónomamente. Los profesionales sanitarios en atención primaria planifican objetivos a largo plazo mediante una atención integral que incluye la familia y la comunidad y no solo el tratamiento de las enfermedades. Las consultas son frecuentes, en situaciones de menor urgencia y por un periodo largo³⁻⁵.

La dimensión de los juicios y decisiones morales cobra más importancia también en la atención primaria. Las publicaciones en bioética enfocan casi exclusivamente el ámbito hospitalario, dando la falsa impresión que la atención primaria no plantea problemas éticos o que estos son extensión de los problemas del hospital. Aunque se compartan visiones en algunos temas, hay diferencias resultantes de las peculiaridades propias de la atención primaria donde se ofrece una asistencia continuada al individuo y su familia desde el nacimiento hasta la muerte. Los profesionales son «responsables y testigos de la salud de las personas a su cargo»⁶.

Este artículo sintetiza los resultados de 3 proyectos de investigación cuyo propósito era trazar un perfil de los problemas éticos en servicios de atención primaria de la ciudad de Sao Paulo, Brasil.

El sector público de la sanidad brasileña es el Sistema Único de Salud, formado por los servicios sanitarios de la

seguridad social. Es universal, gratuito y se rige por la asistencia integral y la equidad.

La ciudad de Sao Paulo es la capital del Estado de São Paulo, el mayor de Brasil en riqueza. Con una población estimada de 11.037.590 habitantes, la ciudad cuenta con 425 centros de atención primaria que conforman diferentes tipos de servicios: unidades de salud de familia, unidades básicas de salud y centros de salud vinculados a universidades^{7,8}.

Cada tipo de servicio fue investigado por un proyecto independiente, con los objetivos de: reconocer los problemas éticos en atención primaria desde las percepciones de enfermeras y médicos; entender los aspectos éticos de la relación clínica en el contexto de la atención primaria.

Participantes y métodos

Integra los resultados de 3 investigaciones cualitativas de ética descriptiva, estudios para averiguar cómo las personas razonan y actúan moralmente^{9,10}.

La primera se desarrolló en unidades de salud de familia, donde equipos con un médico, una enfermera, 2 auxiliares de enfermería y 5 agentes comunitarios ofrecen asistencia sanitaria aproximadamente a 1.200 familias de un área geográfica. La segunda se llevó a cabo en las unidades básicas de salud, centros donde se desarrollan programas de pediatría, ginecología, obstetricia y adultos. La tercera estudió centros universitarios de atención primaria, que son unidades básicas de salud gestionadas por las universidades. En las 3 investigaciones los objetivos, métodos y

procedimientos fueron los mismos y una misma investigadora recopiló los datos y coordinó los proyectos, lo que permite sintetizar resultados mediante la integración y reinterpretación de hallazgos de múltiples estudios de un programa de investigación, para ampliar el nivel de abstracción y potenciar la aplicación práctica de los hallazgos^{10,11}.

El muestreo de 34 enfermeras y 36 médicos fue incidental, seleccionados en centros incluidos por conveniencia. Es socialmente representativo de la variabilidad y amplitud¹² de la atención primaria en Sao Paulo, pues los tipos más comunes de servicios de este nivel están representados. Se incluyeron enfermeras y médicos de ambos sexos, distintas edades, que llevaban diferentes tiempos en la práctica profesional y que actuaban en diferentes equipos o áreas geográficas. La recolección de datos se finalizó con la saturación empírica del discurso¹³.

Mediante entrevistas individuales y semiestructuradas se pedía a los sujetos que narrasen una situación que hubiesen vivido en sus actividades en atención primaria y en la cual se les habían planteado problemas éticos. Al final de la entrevista se les solicitaba una lista de los problemas éticos del caso.

Se planteaban las entrevistas en las consultas de los profesionales, después de terminadas las citas del día y de que la institución autorizase la recogida. Los directivos de la unidad de salud desconocían quien aceptaba o no participar. Hubo más rechazo en las unidades básicas de salud. Los equipos de salud de familia fueron los más receptivos. Las

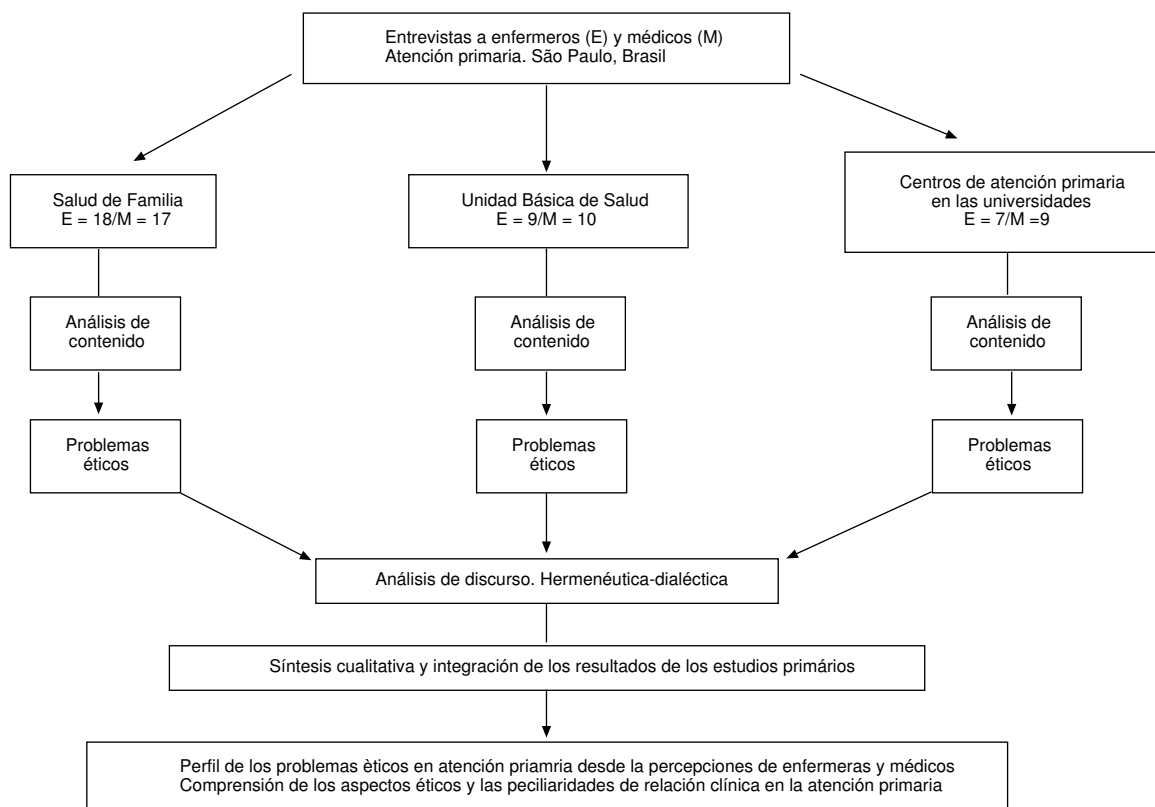
causas de rechazo fueron falta de tiempo e incomodidad con el tema de la ética. Algunos rechazaron sin justificarse.

Las grabaciones fueron transcritas a *verbatim* y los datos analizados primeramente por análisis de contenido¹⁴. Mediante este análisis fueron identificados los problemas éticos enumerados por los entrevistados, se conformó una lista usada en la lectura transversal de todas las transcripciones, de donde se extrajeron las categorías temáticas. Para construir la síntesis de los resultados se realizó un análisis de discurso hermenéutico-dialéctico¹⁵. Mediante este nuevo análisis se abstraieron las categorías sintetizadoras de los hallazgos de los tres estudios primarios.

El análisis hermenéutico-dialéctico pone énfasis en la cotidianidad y busca en los discursos la unidad y la ruptura de los sentidos¹⁵.

Como entre los objetivos de las investigaciones se pretendía reconocer el punto de vista de los profesionales en la definición de problemas éticos se ha tomado como marco teórico la concepción de problema ético de Gracia^{16,17}, donde los «problemas éticos» son conflictos de valores, que al contrario de los dilemas, tienen varias soluciones posibles y no solo las dos extremas, opuestas y excluyentes^{16,17}. En principio es «problema ético» todo aquello que alguien defina como tal, es decir, si una única persona considera una situación como problema ético, es suficiente para, en principio, tomarla como tal¹⁷.

Los proyectos fueron aprobados por comités de ética en investigación, según las normativas brasileñas¹⁸.



Esquema general del estudio: Síntesis 3 investigaciones cualitativas. Propósito: reconocer cómo las enfermeras y médicos de atención primaria razonan y actúan moralmente.

Resultados y discusión

Al producirse dentro de la cotidianidad los problemas éticos son sutiles, de difícil percepción:

«lo veo muy difícil saber lo que es ético o no... en el hospital esto es más fácil» (M2).

Las categorías predominantes fueron: «Problemas éticos en la relación clínico-asistencial» (tabla 1) y «Problemas éticos en las relaciones de trabajo» (tabla 2) y reflejan la crisis instaurada en la relación clínica durante los últimos decenios^{19,20}.

La «relación clínica, además de la relación médico-paciente, comprende la relación entre los profesionales sanitarios, o entre la enfermera y el paciente, o entre este y el personal administrativo¹⁹. El acto clínico se ha ampliado,

Tabla 1 Problemas éticos en la relación clínico-asistencial

Información al paciente

- El equipo discute sobre el estado de salud del paciente en su presencia, pero sin su participación en la conversación
- Los profesionales no informan al paciente acerca de su estado de salud

Privacidad y confidencialidad

- Los profesionales conocen datos íntimos de la vida familiar y del matrimonio, que no son necesarios para la asistencia
- Secreto profesional e información a familiares
- Secreto profesional e información compartida entre el equipo
- Secreto profesional y vecindad con los pacientes en el barrio
- Dificultades para proteger la privacidad del paciente

Relaciones interpersonales y vínculo

- Falta de respeto de los profesionales en el trato con el paciente
- Los profesionales tienen prejuicios sobre los pacientes
- Actitud del médico ante sus valores religiosos y del paciente
- Dificultad para establecer los límites en la relación clínica y hasta donde interferir en el estilo de vida de los pacientes y sus familias
- Imposibilidad de continuar el acompañamiento del paciente por determinaciones administrativas en el reparto de pacientes entre los médicos

Paciente «autónomo»

- El paciente rechaza la indicación médica
- Cómo informar para conseguir la adhesión del paciente a las indicaciones médicas
- Menor maduro: peticiones de tratamiento por menores de edad, sin conocimiento de sus padres
- Peticiones del paciente legalmente capaz por tratamientos o exámenes que desea y que no tienen indicación médica

Indicaciones médicas

- Prescripción de fármacos caros con eficacia igual a de los similares más baratos
- Prescripción de fármacos costosos para pacientes pobres
- Prescripciones erradas o inadecuadas

Tabla 2 Problemas éticos en las relaciones de trabajo

Relaciones interpersonales

- Falta de respeto en el trato entre los miembros del equipo
- Desacuerdo sobre cómo conducir el trabajo del equipo de manera conjunta y coordinada
- Falta de compromiso, cooperación y confianza entre los miembros del equipo
- Dificultad para establecer los límites en las competencias o responsabilidades de los distintos profesionales del equipo

Relaciones profesionales

- Sobrecarga de trabajo por exceso de demanda
- Negativa de los médicos para atender pacientes sin cita para el día
- Falta de protocolo de cómo actuar en casos de pacientes sin cita para el día
- El médico considera que su trabajo no es bien valorado por los pacientes o por el gestor
- Los servicios de referencia desprecian las conductas de los médicos de atención primaria
- Cuestionamiento de órdenes médicas o negativa a realizarlas por desacuerdo
- Publicación de casos clínicos sin consentimiento
- Omisión de los profesionales sanitarios ante prescripciones médicas erradas o inadecuadas
- Falta de reuniones de equipo
- Falta de acciones intersectoriales para apoyar discusiones de las cuestiones éticas planteadas en la atención primaria
- Mala formación profesional
- Parcialidad del gerente del centro de atención primaria en los conflictos entre profesionales
- Desacuerdo con las órdenes de superiores jerárquicos respecto a cómo conducir la asistencia

Tabla 3 Problemas éticos de otros tipos

- Los profesionales comentan sobre un paciente con otros o por los pasillos
- Alteraciones fraudulentas de la historia clínica
- Oferta de exámenes insuficiente para la demanda
- Los profesionales no confían en la calidad de las pruebas diagnósticas ofertadas por la sanidad pública
- Falta de recursos para realizar las visitas domiciliarias
- Falta de recursos para atender las necesidades de los pacientes que acuden a los centros de atención primaria
- Los médicos indican al paciente farmacia para elaboración de fórmulas que prescriben

pues la asistencia ocurre en instituciones e involucra a equipos multiprofesionales, diversificando los conflictos (tabla 3).

Para resolver el problema sanitario del usuario se requiere establecer entre este y los profesionales una relación humana marcada por la comunicación y la cooperación^{19,21}.

Cuando «no hay participación conjunta, no es un equipo multiprofesional... con los mismos objetivos» (E23) la calidad de la asistencia se compromete, pues «falta comunicación... respeto» (E12)

Hoy quien define las necesidades de salud no son los profesionales sanitarios sino los usuarios que acuden a los servicios para solucionarlas²². Esto puede ser un logro para el respeto a la autonomía en la sanidad²⁰, pero puede llevar a arbitrariedades con demandas que generan frustración, desánimo²² y desacuerdos, como expresan:

«Quieren una radiografía y me rehúso a solicitarla... es exponer al niño a radiación sin necesidad. ¿Estoy incumpliendo la ética? No. Soy coherente... si se lo hago vienen todos los días a pedir...» (M2)

«Muchos problemas acaban a la entrada del centro y no tenemos cómo solucionarlos, eso genera estrés en nosotros y también para el paciente que acude a varios profesionales sin conseguir solución alguna» (E22)

Las cosas se han invertido transformándose en «otro problema ético»:

«Detectamos el problema de salud, mas el paciente no lo ve así, tenemos el derecho de interferir o ¿sería una invasión de su privacidad?» (M12)

Hacer el bien para el paciente sigue siendo criterio ético para la actuación del equipo. Pero lo que es «bien» se define en el diálogo con el usuario que ahora es autónomo y puede recabar información y decidir o no la aceptación del plan que le proponen los profesionales^{19,20,22}.

El rechazo de los usuarios al tratamiento genera sentimientos de pérdidas en los profesionales y les plantea dudas en torno a cómo comunicarse:

«Efectivamente no acepté perder... que él pudiera decirme: no quiero tratarme'. Para mí, él debía querer» (M11)

«De cómo hablas depende que vengan o no a la consulta» (E11)

La salud y la enfermedad forman parte de la vida de la persona, integran su biografía vital conformada por hechos pasados y proyectos hacia el futuro. La persona anticipa su historia por medio de sus proyectos que son reales a punto de justificar el sacrificio de posibilidades actuales, y el profesional precisa enriquecer la comunicación con el sentimiento que sea capaz de generar confianza y compartir horizontes éticos, proyectos de felicidad. En la atención primaria se atienden biografías en una película, la vida se desarrolla in vivo y no in vitro, como sucede en el hospital, lo que exige ampliar la perspectiva de la actividad clínica a fin de incluir en el mensaje de la relación algo más que el mero intercambio de informaciones sanitarias^{5,19,23,24}.

Incluir valores, creencias y sentimientos en la relación clínica es novedoso para los profesionales, además de un reto²⁰, pues hasta la modernidad los sentimientos tuvieron una interpretación negativa. Eran cualidades perturbadoras de la vida moral, enfermedades, *páthos*, que deberían ser evitadas, suprimidas¹⁹.

Con la escuela moral inglesa y los autores de la fenomenología, se ha abierto paso a considerar el senti-

miento como facultad superior del ser humano y, por tanto, positivo para la vida moral. El sentimiento dejó de ser visto como patológico, e incorporarlo en la relación clínica posibilita conocer dudas, incertidumbres y preocupaciones, usualmente expresadas por la vía emocional más que por la racional¹⁹. Esto puede influenciar decisivamente en el cumplimiento del tratamiento, pues al contar su vivencia de la enfermedad el usuario sale de sí mismo, se hace testigo de su propia experiencia y puede encontrar nuevos sentidos y posibilidades en su vida²⁵.

Pero puede plantear nuevos conflictos al equipo:

«El problema es la actitud ante los valores religiosos del paciente... abandonó el tratamiento para el SIDA... decía que Jesús lo había curado... fue difícil, pues su fe dificultaba la argumentación y, como él, yo también soy creyente. Cuando he visto que no aceptaba mis argumentos médicos decidí: ¡Él quiere hablar de Dios, hablemos de Dios! Estudié teología... tenía mas vivencia religiosa que él... ¿Hasta qué punto no le impuse mi voluntad por la religión?» M11

La actual medicina del bienestar ha medicalizado la vida. La sanidad ha crecido hasta el punto de superponerse a la vida entera y convertir a los profesionales sanitarios en dictaminadores de lo normal y lo patológico, lo bueno y lo malo, lo permitido y lo prohibido²². Eso se refleja en la relación clínica y se hace complejo saber hasta dónde interferir en el estilo de vida de los usuarios:

«¿Dónde está el límite? La médico cree que debemos hacer nuestra parte y no meternos en otros asuntos... pero creo que somos responsables de hacer algo más.» (E5)

Resulta imposible trazar una línea que ponga de un lado al usuario y del otro al profesional, pues en la relación clínica lo que debería ocurrir es un espacio de encuentro, una dinámica relacional²⁶.

Para ofrecer cuidados de calidad los profesionales necesitan comprender el sentido que los usuarios dan a su vida, sus proyectos de felicidad, pero comprender o analizar el sentido de las cosas no es fácil²². La relación clínica requiere confianza para llegar a la intimidad donde está lo que el usuario quiere ocultar, reservar y/o lo que da o quita sentido a su vida¹⁹. «Acabas siendo un amigo» (E11).

En esta atmósfera de interacción y confianza el profesional es capaz de tener una mirada hacia los sentimientos en la relación clínica e incorporar valores como seguridad, confidencialidad, secreto y prudencia en momentos de intimidad y acercamiento que se intercalan con otros de distanciamiento y alejamiento^{19,20,27}.

Al darse cuenta de esa nueva realidad, además de los conflictos debidos a la emancipación del paciente, el profesional sanitario se preocupa porque «no sé cual debería ser mi actitud... penetramos en la vida de las personas» (M14).

Es necesario propiciar un clima de confianza sin vulnerar la intimidad^{19,26}. Para brindar una buena atención en atención primaria hay que conquistar y cultivar la participación y comprensión activa de los usuarios en el cuidado

con una actitud y competencia para la escucha y el diálogo. Esto significa aportar a la práctica clínica nuevos saberes y una ética de apertura al «otro» dentro de una relación intersubjetiva^{27,28}.

Los resultados coinciden con la literatura y señalan que los problemas éticos en atención primaria comprenden aspectos, cuestiones e implicaciones de situaciones cotidianas^{1,2}.

Los resultados de São Paulo son similares a los que encontraron Ogando et al en Madrid y también muestran la relevancia de los conflictos derivados de la relación sanitario-paciente²⁹, así como evidencian la dificultad de los profesionales en la detección de problemas éticos, lo que coincide con los hallazgos de estudios españoles³⁰.

Los profesionales expresaron como problema ético su sufrimiento e insatisfacción al no lograr la excelencia del cuidado.

Los problemas éticos ponen a riesgo la calidad de la atención primaria, frustran expectativas, causan malestar y sentimientos de castigo y abandono. Los usuarios quieren ser citados siempre para el mismo médico y que la unidad disponga de recursos para resolver sus problemas y atender sus necesidades. Además esperan que los profesionales tengan un trato educado, respetuoso, amable, humano y personalizado, que escuchen, respeten su intimidad y traten a todos sin preferencias ni diferencias.

Los profesionales quieren consultas que permitan la intimidad del usuario, inspirar confianza, disponer de suficiente tiempo y medios para atender cada persona según sus necesidades, trabajar bien en equipo, y mantenerse motivados y cualificados técnicamente³¹⁻³⁷.

Lo conocido sobre el tema

- El despliegue de publicaciones de bioética se ha dado casi exclusivamente en el ámbito hospitalario.
- Las pocas investigaciones y publicaciones existentes acerca de la bioética en atención primaria señalan que hay diferencias entre los problemas éticos en este nivel cuando es comparado con el hospitalario.
- La dimensión de los aspectos éticos en la asistencia sanitaria cobra importancia también en la atención primaria.

Qué aporta este estudio

- Las investigaciones acerca de los problemas éticos en atención primaria desarrolladas en São Paulo y Madrid muestran resultados similares.
- Los problemas éticos más relevantes en atención primaria derivan de la relación clínico-asistencial y del trabajo en equipo y señalan las peculiaridades de la clínica en este nivel.
- Los problemas éticos en atención primaria se generan en situaciones cotidianas y no en situaciones límite, referidas más a menudo en las publicaciones de bioética. Llenar esta laguna es un reto inevitable.

Conclusiones

Los problemas éticos de la atención primaria en São Paulo coinciden con hallazgos de estudios españoles. Son situaciones comunes y a veces imperceptibles.

Los conflictos en la relación clínico-asistencial evidencian las dificultades para respetar la autonomía del paciente. Los profesionales tienden al paternalismo, informan poco a los usuarios acerca de su estado de salud y no aceptan bien el rechazo a sus indicaciones. Con los menores de edad las dificultades son todavía mayores.

El trato no respetuoso ocurre tanto en la relación clínico-asistencial como entre el equipo.

La mala formación profesional resulta en indicaciones médicas erradas o inadecuadas.

La relación clínica más íntima con reiterados encuentros de cuidado a lo largo de la vida dificulta mantener la relación clínico-asistencial en los límites profesionales.

Las peculiaridades de los problemas éticos en atención primaria requieren una manera específica de manejar la bioética clínica a este nivel.

La dificultad de los profesionales para la detección de problemas éticos indica la necesidad de formación continuada en bioética en la atención primaria.

Financiación

Ha recibido financiación del Gobierno de Brasil - Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (CNPq) del Ministerio de Ciencia y Tecnología (MCT) de Brasil, y de la Fundación de Apoyo a la Investigación del Estado de São Paulo.

Beca de la «Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nivel Superior – CAPES» del Ministerio de Educación de Brasil para estudios posdoctorales.

Agradecimientos

Agradezco a Ángel Martín García, enfermero del Área 10 Atención Primaria del Servicio Madrileño de la Salud y a Jorge Alberto Álvarez Díaz, doctorando en el Programa de Ciencias Sociosanitarias y Humanidades Médicas, Universidad Complutense de Madrid por la revisión de los originales del artículo.

Bibliografía

1. Sugarman J. Ethics in primary care. New York: McGraw-Hill; 2000.
2. Zimbelman JA, White BC. Moral dilemmas in community health care: Cases and Commentaries; 2005.
3. Fetters MD, Brody H. The epidemiology of bioethics. *J Clin Ethics*. 1999;10:107-15.
4. Mayer-Braunack AJ. What makes a problem an ethical problem? An empirical perspective on the nature of ethical problems in general practice. *J Med Ethics*. 2001;27:98-103.
5. Sanjuanbenito L. La relación clínica. En: Bermejo F, Sanjuanbenito L, editores. Ética y atención primaria. La soledad ética de la atención primaria. Madrid: ALE; 2008.
6. Díaz G. Introducción. En: Bermejo F, Sanjuanbenito L, editores. Ética y atención primaria. La soledad ética de la atención primaria. Madrid: ALE; 2008.

7. Fundación SEADE. [consultado 17/5/2009]. Disponible en: <http://www.seade.gov.br>.
8. Observatorio de Salud de la Región Metropolitana de Sao Paulo. [consultado 17/5/2009]. Disponible en: <http://observasaude.fundap.sp.gov.br/paginas/default.aspx>.
9. Sulmasy DP, Sugarman J. The many methods of medical ethics. En: Sugarman J, Sulmasy DP, editores. *Methods in medical ethics*. Washington DC: Georgetown University Press; 2001.
10. Sandelowsky M, Barroso J. *Handbook for synthesizing qualitative research*. New York: Springer; 2007.
11. Sandelowski M, Docherty S, Emden C. *Qualitative Metasynthesis: Issues and Techniques*. *Res Nurs Health*. 1997;20:365–71.
12. Flick U. *Uma introdução a pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Bookman; 2004.
13. Guerra IC. *Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo: sentidos e formas de uso*. Estoril: Principia; 2006.
14. Bardin L. *Análise de conteúdo*. 3ª ed. Lisboa: Edições 70; 2006.
15. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa cualitativa em saúde*, 10ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
16. Gracia D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. *Med Clin (Barc)*. 2001;117:18–23.
17. Gracia D. *Semiología de los conflictos morales en Bioética*. Congreso Brasileiro de Bioética. VI Congresso Brasileiro de Bioética, I Congreso de Bioética del Mercosur e Fórum da Redbioética/UNESCO. Foz do Iguaçu: 2005.
18. Resolución nº 196/96 del Ministerio de Salud Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96 – Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1999. [consultado 17/5/2009]. Disponible en: <http://conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html>.
19. Pose C. *Lo bueno y lo mejor: introducción a la bioética médica*. Madrid: Triacastela; 2009.
20. Broggi MA. Gestión de los valores «ocultos» en la relación clínica. *Med Clin (Barc)*. 2003;121:705–9.
21. Clèries Costa X, Borrell Carrió F, Epstein RM, Kronfly Pubiano E, Escoda Aresté JJ, Martínez-Carretero JM. Aspectos comunicacionales: el reto de la competencia de la profesión médica. *Aten Primaria*. 2003;32:110–7.
22. Gracia D. *Como arqueros al blanco: estudios de bioética*. Madrid: Triacastela; 2004.
23. De Carvalho Mesquita JR. AYRES, J. *O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde*. *Saude soc*. [online]. 2004, vol.13, n.3 pp. 16–29. [consultado 6/4/2009]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000300003&lng=en&nrm=iso.
24. Cunha GT. *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. São Paulo: Hucitec; 2005.
25. Valverde C. ¿Quién está escuchando? La narrativa del paciente, caos y cronicidad. *Aten Primaria*. 2005;36:159–61.
26. Austin W, Bergum V, Nuttgens S, Peternelj-Taylor C. *A Re-Visioning of Boundaries in Professional Helping Relationships: Exploring Other Metaphors*. *Ethics Behav*. 2006;16:77–94.
27. Junges JR. *Bioética: hermeneutica e casuística*. São Paulo: Loyola; 2006.
28. Zoboli ELCP, Sartório NA. *Bioética e enfermagem: uma interface no cuidado*. *O mundo da saúde*. 2006;30:382–97.
29. Ogando Díaz B, García Pérez C. *Necesidades de formación en bioética en la Comunidad de Madrid*. *Aten Primaria*. 2005;35:240–5.
30. Barbero Gutiérrez J, Garrido Elustondo S, de Miguel Sánchez C, Vicente Sánchez F, Macé Gutiérrez I, Fernández García C. *Efectividad de un curso de formación en bioética y de la implantación de una checklist en la detección de problemas éticos en un equipo de soporte de atención domiciliaria*. *Aten Primaria*. 2004;34:20–5.
31. Mas Garriga X, Navarro Gilo M, Vázquez Morocho J, Delso Gafarot C, Mahfouz Castejón T, Almeda Ortega J. «Encuentros difíciles» en consultas de atención primaria: una perspectiva de pacientes y médicos. *Aten Primaria*. 2009;41:9–17.
32. Palacio Lapuente F, Marquet Palomar R, Oliver Esteve A, Castro Guardiola P, Bel Reverter M, Piñol Moreso JL. *Las expectativas de los profesionales: ¿qué aspectos valoran de un centro de salud? Un estudio cuali-cuantitativo*. *Aten Primaria*. 2003;32:135–43.
33. Palacio Lapuente F, Marquet Palomar R, Oliver Esteve A, Castro Guardiola P, Bel Reverter M, Piñol Moreso JL. *Las expectativas de los pacientes: ¿qué aspectos valoran de un centro de salud? Un estudio cuali-cuantitativo*. *Aten Primaria*. 2003;31:307–14.
34. Duarte LR, Miranda AP. *Satisfação dos usuários da estratégia saúde da família no município de Sorocaba, SP*. *Rev Paul Enferm*. 2007;26:87–93.
35. Jorge MSB, Guimarães JMX, Vieira LB, Paiva FDS, Silva DR, Pinto AGA. *Avaliação da qualidade do Programa Saúde da Família no Ceará: a satisfação dos usuários*. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2007;31:256–66.
36. Oliveira CB, Ramos MC. *O grau de satisfação da usuária gestante na assistência pré-natal nas unidades de saúde da família no município de Vitória*. *Cad Saúde Colet*. 2007;15:241–6.
37. Halal IS, Sparrenberger F, Bertoni AM, Ciacommet C, Seibel CE, Lahude FM, et al. *Avaliação da qualidade da assistência primária a saúde em localidade urbana da região sul do Brasil*. *Rev Saúde Pública*. 1994;28:131–6.

doi:10.1016/j.aprim.2010.01.018

COMENTARIO EDITORIAL

La bioética más allá de los dilemas

Bioethics beyond the dilemmas

Rogelio Altisent^{a,b}

^aGrupo de Investigación de Bioética, Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, Zaragoza, España

^bÁrea de Medicina legal, Facultad de Medicina, Universidad de Zaragoza, Zaragoza, España