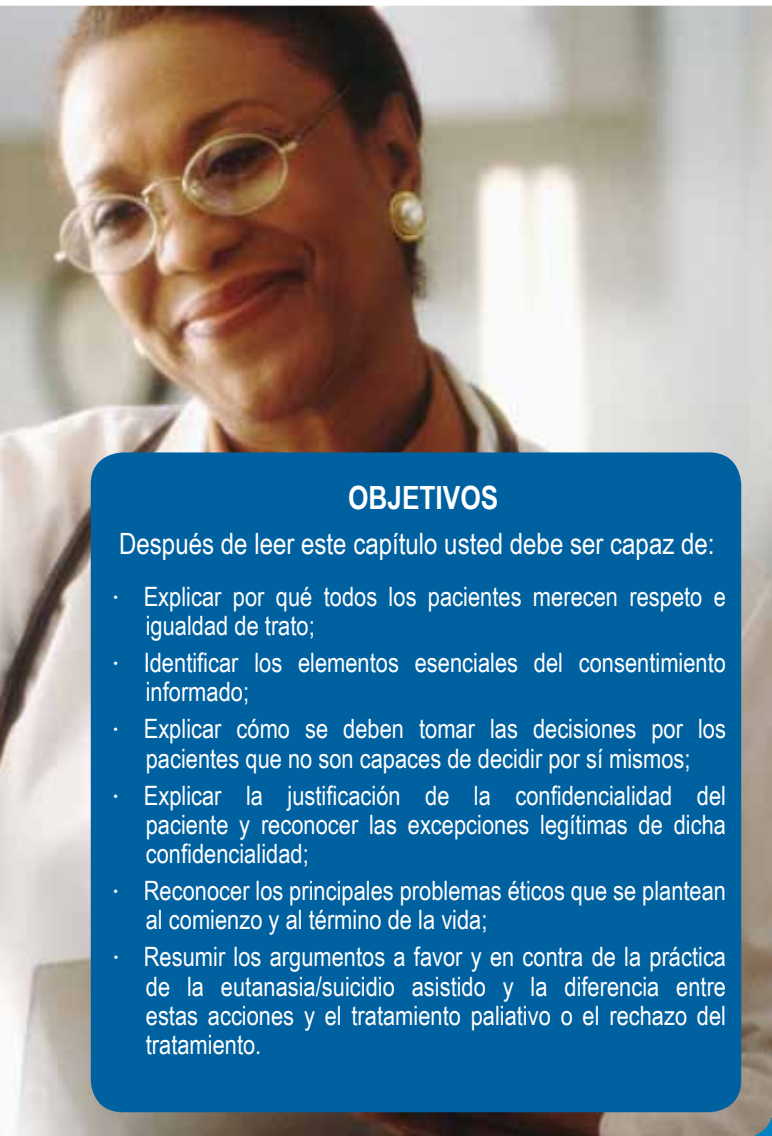


CAPÍTULO II – EL MÉDICO Y EL PACIENTE



Doctora escucha a su paciente
© Jose Luis Pelaez, Inc./CORBIS



OBJETIVOS

Después de leer este capítulo usted debe ser capaz de:

- Explicar por qué todos los pacientes merecen respeto e igualdad de trato;
- Identificar los elementos esenciales del consentimiento informado;
- Explicar cómo se deben tomar las decisiones por los pacientes que no son capaces de decidir por sí mismos;
- Explicar la justificación de la confidencialidad del paciente y reconocer las excepciones legítimas de dicha confidencialidad;
- Reconocer los principales problemas éticos que se plantean al comienzo y al término de la vida;
- Resumir los argumentos a favor y en contra de la práctica de la eutanasia/suicidio asistido y la diferencia entre estas acciones y el tratamiento paliativo o el rechazo del tratamiento.

CASO PRÁCTICO 1

El Dr. P, cirujano con experiencia y conocimientos, está a punto de terminar su turno de noche en un hospital público no muy grande. Una joven es llevada al hospital por su madre quien se marcha de inmediato después de decir a la enfermera que la recibe que debe ir a cuidar a sus otros hijos. La paciente tiene una hemorragia vaginal y mucho dolor. El Dr. P la examina y decide que bien ha tenido una pérdida o un aborto provocado por ella misma. Realiza una rápida dilatación y un raspaje y le pide a la enfermera que pregunte a la paciente si puede costear su hospitalización hasta que pueda ser seguro que sea dada de alta. El Dr. Q llega para reemplazar al Dr. P quien se va a su casa sin hablar con la paciente.

¿QUÉ TIENE DE ESPECIAL LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE?

La relación médico-paciente es la piedra angular de la práctica médica y por lo tanto de la ética médica. Como se ha mencionado con anterioridad, la **Declaración de Ginebra** exige al médico “velar ante todo por la salud de mi paciente” y el **Código Internacional de Ética Médica** estipula: “El médico debe a sus pacientes toda su lealtad y todos los recursos científicos disponibles para ellos”. Como se explica en el capítulo I, la interpretación tradicional de la relación médico-paciente como paternalista, en la que el médico toma las decisiones y el paciente las acepta, ha sido bastante rechazada en los últimos años, tanto en la ética como en el derecho. Como muchos pacientes no son capaces o no quieren tomar decisiones sobre su atención médica, la autonomía del paciente es a menudo muy problemática. Igualmente difíciles son otros aspectos de la relación,

como la obligación del médico de mantener la confidencialidad del paciente en una era de historiales médicos computarizados y de atención administrada y el deber de mantener la vida frente a las peticiones para apresurar la muerte. Esta sección abordará seis temas que plantean problemas especialmente difíciles para los médicos en su práctica diaria: el respeto y la igualdad de trato; la comunicación y el consentimiento; la toma de decisiones por pacientes incapacitados; la confidencialidad; los problemas del comienzo de la vida y los problemas del término de la vida.

“velar ante todo
por la salud de mi
paciente”

EL RESPETO Y LA IGUALDAD DE TRATO

La creencia de que todos los seres humanos merecen respeto e igualdad de trato es relativamente reciente. En la mayor parte de las sociedades, el trato irrespetuoso y desigual de las personas y grupos era aceptado como normal y natural. La esclavitud fue una práctica que no fue erradicada en las colonias europeas y en Estados Unidos hasta el siglo XIX y todavía existe en algunas partes del mundo. El fin de la discriminación contra las personas no blancas en países como Sudáfrica es mucho más reciente. La mujer todavía es víctima de falta de respeto y de trato desigual en la mayoría de los países. La discriminación por edad, discapacidad u orientación sexual es generalizada. Es claro que existe una gran resistencia a la afirmación de que todas las personas deben recibir un trato igual.

El cambio gradual y todavía en marcha de la humanidad a la creencia en la igualdad humana comenzó en los siglos XVII y XVIII en Europa y América del Norte. Fue motivada por dos ideologías opuestas: una nueva interpretación de la fe cristiana y un racionalismo anticristiano. La primera inspiró a la Revolución Norteamericana y a la Declaración de Derechos y la segunda, a la Revolución Francesa y los cambios políticos relacionados. Bajo estas dos influencias, la democracia fue tomando forma paulatinamente y comenzó

a expandirse por el mundo. Estuvo basada en la creencia de la igualdad política de todos los hombres (y mucho después de las mujeres) y el consiguiente derecho de decidir quien los gobierne.

En el siglo XX se elaboró mucho el concepto de igualdad humana desde el punto de vista de los derechos humanos. Una de las primeras acciones de la recientemente creada Naciones Unidas fue la formulación de la **Declaración Universal de Derechos Humanos** (1948), que estipula en su artículo 1: “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos”. Muchos otros organismos internacionales y nacionales han producido declaraciones de derechos, ya sea para todos los seres humanos, para todos los ciudadanos de un país específico o para ciertos grupos de individuos (derechos del niño, derechos del paciente, derechos del consumidor, etc). Se han creado muchas organizaciones para promover la aplicación de estas declaraciones, aunque lamentablemente los derechos humanos todavía no son respetados en muchos países.

La profesión médica ha tenido opiniones algo conflictivas sobre la igualdad y los derechos del paciente a lo largo de los años. Por un lado, al médico se le ha dicho: “No permitiré que consideraciones de edad, enfermedad o incapacidad, credo, origen étnico, sexo, nacionalidad, afiliación política, raza, orientación sexual, clase social o cualquier otro factor se interpongan entre mis deberes y mi paciente” (**Declaración de Ginebra**). Al mismo tiempo, los médicos han reclamado el derecho de rechazar a un paciente, salvo en caso de emergencia. Aunque los fundamentos legítimos para dicho rechazo incluye una práctica completa, (falta de) calificaciones educacionales y especialización, si el médico no tiene que dar una razón por el rechazo de un paciente, puede fácilmente practicar la discriminación sin ser considerado responsable. La conciencia del médico, antes que la legislación o las autoridades disciplinarias, puede ser el único medio de evitar los abusos de derechos humanos en este respecto.

Incluso si el médico no ofende el respeto y la igualdad del ser humano en su elección de pacientes, todavía puede hacerlo con sus actitudes y trato hacia los pacientes. El caso práctico que se describe al comienzo de este capítulo demuestra este problema. Como se menciona en el capítulo I, la compasión es uno de los valores centrales de la medicina y es un elemento esencial de una buena relación terapéutica. La compasión está basada en el respeto de la dignidad y los valores del paciente, pero además reconoce y responde a su vulnerabilidad frente a la enfermedad o la discapacidad. Si el paciente siente la compasión del médico, es más probable que confíe en que el médico actuará en su mejor interés y esta confianza puede contribuir al proceso de curación.

La confianza que es esencial en la relación médico-paciente generalmente se ha interpretado como que el médico no debe dejar

a los pacientes que atiende. El **Código Internacional de Ética Médica** de la

AMM indica que la única razón para terminar la relación médico-paciente es si el paciente necesita otro médico con conocimientos distintos: “El médico debe a sus pacientes toda su lealtad y todos los recursos científicos disponibles para ellos. Cuando un examen o tratamiento sobrepase su capacidad, el médico

debe consultar o derivar a otro médico calificado en la materia”. Sin embargo, existen muchas otras razones por las que un médico quiera poner término a la relación con el paciente, por ejemplo, si el médico cambia el domicilio de su consulta o la cierra, si el paciente se niega o no puede pagar los servicios del médico, si el paciente se niega a seguir las recomendaciones del médico, etc. Las razones pueden ser totalmente legítimas o pueden ser antiéticas. Cuando se considere esta situación, el médico debe consultar su código de ética y otros documentos de orientación pertinentes y examinar cuidadosamente sus motivos. Debe estar preparado para

“Debe estar preparado para justificar su decisión ante sí mismo, sus pacientes y terceros”

lääketieteen etiikka

justificar su decisión ante sí mismo, sus pacientes y terceros, si es necesario. Si el motivo es legítimo, el médico debe ayudar al paciente a encontrar otro médico adecuado o si esto no es posible debe avisar al paciente con tiempo del término de sus servicios, de modo que éste pueda encontrar atención médica alternativa. Si el motivo no es legítimo, por ejemplo, prejuicio racial, el médico debe tomar medidas para superar este defecto.

Muchos médicos, en especial los del sector público, a menudo no pueden elegir a qué pacientes tratar. Algunos pacientes son violentos y son una amenaza para la seguridad del médico. Otros sólo pueden ser descritos como ofensivos por sus actitudes y comportamiento antisociales. ¿Han los pacientes abandonado su derecho al respeto y trato igualitario o se espera que los médicos hagan esfuerzos extras, incluso heroicos, para establecer y mantener las relaciones terapéuticas con ellos? Con pacientes como estos, el médico debe equilibrar su responsabilidad por su propia seguridad y bienestar y la de su personal, con el deber de promover el bienestar de los pacientes. Debe tratar de encontrar la manera de cumplir con estas dos obligaciones. Si esto no es posible, el médico debe tratar de organizarse de otra manera para atender a sus pacientes.

La atención de pacientes infecciosos plantea otro desafío para el principio de respeto y trato igualitario para todos los pacientes. Aquí el tema a menudo es el VIH/Sida, no sólo porque es una enfermedad que es una amenaza para la vida, sino porque se asocia con frecuencia a prejuicios sociales. No obstante, existen muchas otras enfermedades infecciosas graves, incluidas algunas que se transmiten con más facilidad al personal de la salud que el VIH/Sida. Algunos médicos dudan en realizar procedimientos invasivos en pacientes con dichas condiciones por la posibilidad de que puedan infectarse. Sin embargo, los códigos de ética médica no hacen excepciones para los pacientes infecciosos con respecto al deber del médico de tratar a todos los pacientes por igual. La Declaración de la AMM sobre el **VIH/Sida y la Profesión Médica**

estipula lo siguiente:

“La discriminación contra los pacientes de VIH/Sida de parte de los médicos debe ser eliminada completamente de la práctica de la medicina.

Todas las personas con VIH/Sida tienen derecho a una prevención, apoyo, tratamiento y atención médica adecuadas con compasión y respeto por su dignidad humana.

El médico no puede éticamente rechazar el tratamiento de un paciente cuya condición esté dentro del marco de su competencia, por el solo hecho de que el paciente es seropositivo.

Si un médico no puede proporcionar la atención y los servicios que necesitan los pacientes con VIH/Sida, debe derivarlos a los médicos o establecimientos que tengan los equipos para prestar dichos servicios. Hasta que se realice el traspaso, el médico debe atender al paciente en la mejor manera posible”.

“Una persona que tiene sida debe ser tratada adecuadamente y con compasión.”

La relación médico-paciente es de naturaleza íntima, lo que puede producir una atracción sexual. Una regla fundamental de la ética médica tradicional indica que esta atracción debe resistirse. El juramento hipocrático incluye la siguiente promesa: “Siempre que entrare en una casa, lo haré para bien del enfermo. Me abstendré de toda mala acción o injusticia y, en particular, de tener relaciones eróticas con mujeres o con hombres...”. En los últimos años, muchas asociaciones médicas han reafirmado esta prohibición de relaciones sexuales entre el médico y sus pacientes. Las razones para esto son tan válidas hoy como en el tiempo de Hipócrates, hace 2.500 años. Los pacientes son vulnerables y entregan su confianza al médico para que los trate bien. Ellos pueden sentir que no pueden resistir los requerimientos sexuales de los médicos por temor de que no recibirán el tratamiento médico necesario. Además, el juicio clínico del médico puede verse afectado de manera adversa por su relación emocional con un paciente.

Esta razón se aplica también a los médicos que tratan a sus familiares, lo que se desaprueba enfáticamente en muchos códigos de ética médica. Sin embargo, al igual que otras afirmaciones en los códigos de éticas, su aplicación puede variar según las circunstancias. Por ejemplo, los médicos que trabajen solos en regiones apartadas pueden tener que prestar atención médica a sus familiares, especialmente en situaciones de emergencias.

LA COMUNICACIÓN Y EL CONSENTIMIENTO

El consentimiento informado es uno de los conceptos centrales de la ética médica actual. El derecho del paciente de tomar decisiones sobre su salud se ha establecido en declaraciones legales y éticas a través del mundo. La Declaración de la AMM sobre los **Derechos del Paciente** estipula lo siguiente:

“El paciente tiene derecho a la autodeterminación y a tomar decisiones libremente en relación con su persona. El médico informará al paciente las consecuencias de su decisión. El paciente adulto mentalmente competente tiene derecho a dar o negar su consentimiento para cualquier examen, diagnóstico o terapia. El paciente tiene derecho a la información necesaria para tomar sus decisiones. El paciente debe entender claramente cuál es el propósito de todo examen o tratamiento y cuáles son las consecuencias de no dar su consentimiento.”

Una condición necesaria para el consentimiento informado es la buena comunicación entre el médico y el paciente. Cuando el paternalismo médico era normal, la comunicación era relativamente simple: consistía en las instrucciones del médico al paciente para seguir tal o cual tratamiento. Hoy en día, la comunicación exige mucho más de los médicos, ya que deben entregar a los pacientes toda la información que necesitan para tomar sus decisiones. Esto incluye la explicación de diagnósticos, pronosis y tratamientos complejos en un lenguaje simple, confirmar o corregir la información que los pacientes puedan haber obtenido de otras fuentes (por ejemplo, otros médicos, revistas, Internet, etc.), asegurarse que

los pacientes entiendan las opciones de tratamiento, incluidas las ventajas y desventajas de cada una, contestar las preguntas que tengan y comprender la decisión que tome el paciente y, si es posible, sus razones. Las técnicas de una buena comunicación no surgen en forma natural para la mayoría de la gente, deben adquirirse y mantenerse con un esfuerzo consciente y una revisión periódica.

Dos obstáculos principales en la buena comunicación entre médico y paciente son las diferencias de idioma y de cultura. Si el médico y el paciente no hablan el mismo idioma será necesario un intérprete. Lamentablemente, en muchas circunstancias no hay intérpretes calificados y el médico debe buscar a la mejor persona disponible para esta tarea. La cultura, que incluye el idioma, pero es más amplia, plantea problemas adicionales de comunicación. Debido a las distintas formas de comprensión de la naturaleza y las causas de la enfermedad, los pacientes pueden no entender el diagnóstico y las opciones de tratamiento que les proporciona el médico. En estas circunstancias, el médico debe hacer todo lo razonablemente posible para sondear el conocimiento del paciente sobre salud y curación y comunicarle sus recomendaciones lo mejor que pueda.

Si el médico ha logrado comunicar al paciente toda la información que necesita y quiere saber sobre su diagnóstico, pronóstico y opciones de tratamiento, entonces el paciente podrá tomar una decisión informada sobre qué hacer. Aunque el término “consentimiento” implica la aceptación del tratamiento, el concepto de consentimiento informado se aplica igualmente al rechazo del tratamiento o a la elección entre tratamientos alternativos. Los pacientes competentes tienen derecho a rechazar el tratamiento, incluso cuando esta negativa les produzca una discapacidad o la muerte.

“Los pacientes competentes tienen derecho a rechazar el tratamiento, incluso cuando esta negativa les produzca una discapacidad o la muerte.”

La evidencia del consentimiento puede ser explícita o implícita. El consentimiento explícito se entrega en forma oral o escrita. El consentimiento está implícito cuando el paciente indica que está dispuesto a someterse a un cierto procedimiento o tratamiento a través de su conducta. Por ejemplo, el consentimiento para la venepuntura está implícito por la acción de presentar el brazo. En el caso de los tratamientos que tienen algún riesgo o incluyen una molestia más importante, es preferible obtener un consentimiento explícito en vez de uno implícito.

Existen dos excepciones para solicitar el consentimiento informado en pacientes competentes:

- Situaciones en las que el paciente entrega su autoridad de toma de decisión al médico o a terceros. Debido a lo complejo del problema o porque el paciente tiene absoluta confianza en el criterio del médico, el paciente puede decirle: “haga lo que crea que es mejor”. El médico no debe apresurarse a actuar ante dicha solicitud, sino que debe entregar al paciente información básica sobre las opciones de tratamiento y sugerirle que tome sus propias decisiones. No obstante, si después de esta sugerencia el paciente todavía quiere que el médico decida, éste debe hacerlo en el mejor interés del paciente.
- Casos en que la entrega de información pueda perjudicar al paciente. En estas circunstancias se invoca el concepto tradicional de “privilegio terapéutico”. Esto permite que el médico retenga información médica que es probable que cause un serio daño físico, psicológico o emocional al paciente, por ejemplo, si hay probabilidades de que el paciente se suicide si el diagnóstico indica una enfermedad terminal. Se puede abusar mucho de este privilegio, por lo que el médico debe utilizarlo sólo en circunstancias extremas. El médico debe esperar que todos los pacientes podrán soportar los hechos y debe reservar la retención para los casos en que esté convencido que causará más daño si dice la verdad que si la oculta.

En algunas culturas, se acepta ampliamente que la obligación del médico de entregar información al paciente no se aplica cuando el diagnóstico es una enfermedad terminal. Se considera que dicha información causaría desesperación en el paciente y le haría los últimos días de vida mucho más insoportables que si tuviera esperanzas de recuperarse. En todo el mundo, es común que los familiares del paciente le imploren al médico que no le digan que se está muriendo. El médico debe ser sensible a los factores culturales y personales cuando comunique malas noticias, en especial sobre una muerte inminente. Sin embargo, el derecho del paciente al consentimiento informado se está aceptando cada vez más y el médico tiene el deber primordial de ayudar a sus pacientes a ejercerlo.

En el contexto de la creciente tendencia de considerar la salud como un producto de consumo y a los pacientes como consumidores, los pacientes y sus familias con frecuencia exigen acceso a servicios médicos que, en opinión de los médicos, no son apropiados. Ejemplos de estos servicios van de antibióticos para afecciones virales en cuidado intensivo para pacientes con muerte cerebral a medicamentos o procedimientos quirúrgicos no probados. Algunos pacientes reclaman el “derecho” a todo servicio médico que consideren que los puede beneficiar y a menudo los médicos están dispuestos a aceptarlo, incluso cuando están convencidos que el servicio no puede ofrecer un beneficio médico para el estado del paciente. Este problema es especialmente grave cuando los recursos son limitados y el aplicar tratamientos “inútiles” o “sin beneficios” a algunos pacientes significa que otros pacientes no serán tratados.

Inútil o sin beneficios puede entenderse de la siguiente manera: En algunas situaciones, el médico puede determinar que un tratamiento es “médicamente” inútil o sin beneficios porque no ofrece una esperanza de recuperación o mejoría razonables o porque el paciente no podrá experimentar ningún beneficio permanentemente. En otros casos, la utilidad y el beneficio de un tratamiento sólo se

puede determinar con referencia a la opinión subjetiva del paciente sobre su bienestar general. Como regla general, el paciente debe dar su opinión sobre la inutilidad en su caso. En circunstancias excepcionales, estas discusiones puede que no sean en el mejor interés del paciente. El médico no está obligado de ofrecer al paciente un tratamiento inútil o sin beneficios.

“El médico no está obligado de ofrecer al paciente un tratamiento inútil o sin beneficios.”

El principio del consentimiento informado incluye el derecho del paciente a elegir entre las opciones presentadas por el médico. Uno de los principales temas de controversia en ética, derecho y política pública es saber hasta qué punto los pacientes y sus familias tienen derecho a servicios no recomendados por el médico. Hasta que este asunto sea decidido por los gobiernos, compañías de seguros médicos u organizaciones profesionales, el médico tendrá que decidir por sí mismo si acepta el pedido de tratamientos inapropiados. El debe negar este pedido si está convencido que el tratamiento producirá más perjuicios que beneficios. También el médico debe sentirse libre de expresar su rechazo si es probable que el tratamiento no sea beneficioso, incluso si no es perjudicial, aunque no se debe descartar la posibilidad del efecto placebo. Si los recursos limitados son un problema, el médico debe llamar la atención de la persona responsable de la asignación de recursos.

“¿Tienen derecho los pacientes a servicios no recomendados por su médico?”

Læknisfræðileg siðfræði

LA TOMA DE DECISIONES POR LOS PACIENTES QUE NO SON CAPACES DE DECIDIR POR SÍ MISMOS

Muchos pacientes no son capaces de tomar decisiones por sí mismos. Por ejemplo, los niños chicos, personas con enfermedades neurológicas o psiquiátricas y las que están temporalmente inconscientes o en coma. Estos pacientes necesitan representantes que tomen decisiones, ya sea el médico u otra persona. La determinación del representante apropiado que tome las decisiones y la elección de los criterios para las decisiones a nombre los pacientes incapacitados plantean problemas éticos.

Cuando prevalecía el paternalismo médico, el médico era considerado el representante apropiado para un paciente incapacitado. El médico podría consultar a los familiares sobre las opciones de tratamiento, pero es él quien toma la decisión final. Los médicos han perdido poco a poco esta autoridad en muchos países, ya que los pacientes pueden nombrar a sus propios representantes que decidan por ellos en caso de que estén incapacitados. Por otra parte, algunos países especifican a los representantes apropiados en orden descendiente (por ejemplo, cónyuge, hijos adultos, hermanos y hermanas, etc.). En estos casos el médico toma una decisión por el paciente sólo cuando no se puede ubicar al representante designado, cosa que sucede con frecuencia en situaciones de emergencia. La Declaración de la AMM sobre los **Derechos del Paciente** estipula lo siguiente sobre el deber del médico en estas circunstancias:

“Si el paciente está inconsciente o no puede expresar su voluntad, se debe obtener el consentimiento de un representante legal, cuando sea posible. Si no se dispone de un representante legal, y se necesita urgente una intervención médica, se debe suponer el consentimiento del paciente, a menos que sea obvio y no quede la menor duda, en base a

lo expresado previamente por el paciente o por convicción anterior, que éste rechazaría la intervención en esa situación.”

Los problemas surgen cuando los que sostienen que son los representantes apropiados, por ejemplo, distintos familiares, no se ponen de acuerdo o cuando lo hacen, su decisión no es la mejor para el paciente, según la opinión del médico. En el primer caso, el médico puede servir de mediador, pero si se mantiene el desacuerdo se puede resolver de otras maneras, por ejemplo, se deja que el familiar de más edad decida o bien por votación. En caso de un serio desacuerdo entre el representante y el médico, la Declaración sobre los **Derechos del Paciente** aconseja lo siguiente: “Si el representante legal del paciente o una persona autorizada por el paciente, prohíbe el tratamiento que, según el médico, es el mejor para el paciente, el médico debe apelar de esta decisión en la institución legal pertinente u otra.”

Los principios y procedimientos para el consentimiento informado que se analizaron en la sección anterior son aplicables a la toma de decisiones por representación y a los pacientes que toman sus propias decisiones. El médico tiene el mismo deber de proporcionar toda la información que necesite el representante para tomar sus decisiones. Esto incluye explicar los diagnósticos, pronosis y tratamientos complejos en un lenguaje simple, confirmar o corregir la información que la persona que toma la decisión pueda haber obtenido de otra fuente (por ejemplo, otro médico, revistas, Internet, etc.), asegurarse que la persona que decidirá entiende las opciones de tratamiento, incluidas las ventajas e inconvenientes de cada una, responder todas las preguntas que tenga y entender toda decisión que se tome y, en lo posible, sus razones.

Los criterios principales que se deben utilizar en las decisiones de tratamiento por un paciente incapacitado son sus preferencias, si son conocidas. Las preferencias pueden estar estipuladas en una *voluntad anticipada* o pueden haber sido comunicadas al representante designado, al médico o a otros miembros del equipo médico. Cuando no se conocen las preferencias de un paciente

incapacitado, las decisiones sobre el tratamiento deben basarse en lo que sea mejor para el paciente, considerar: a) el diagnóstico y la prognosis del paciente, b) los valores conocidos del paciente, c) la información recibida de las personas importantes en la vida del paciente y que puedan ayudar a determinar lo que es mejor para él y d) los aspectos de la cultura y la religión del paciente que influirían en la decisión de un tratamiento. Este enfoque es menos exacto que si el paciente ha dejado instrucciones específicas sobre el tratamiento, pero permite que el representante pueda concluir, en consideración de otras opciones que haya escogido el paciente y de su visión de la vida en general, lo que el decidiría en la situación actual.

Puede ser difícil evaluar la capacidad para tomar decisiones médicas, en especial en gente joven y en los que el potencial de razonamiento ha sido afectado por enfermedades graves o crónicas. Una persona puede ser capaz de tomar decisiones sobre algunos aspectos de la vida, pero no sobre otros; al igual la capacidad puede ser intermitente: un individuo puede ser racional en ciertos momentos del día y no en otros. Aunque estos pacientes puede que no sean legalmente competentes, se deben considerar sus preferencias cuando se toman decisiones en su lugar. La Declaración sobre los **Derechos del Paciente** estipula lo siguiente sobre el tema: “Si el paciente es menor de edad o está legalmente incapacitado, se necesita el consentimiento de un representante legal en algunas jurisdicciones; sin embargo, el paciente debe participar en las decisiones al máximo que lo permita su capacidad.”

“...el paciente debe participar en las decisiones al máximo que lo permita su capacidad.”

ética médica

Con frecuencia, los pacientes no pueden tomar una decisión razonada, bien pensada sobre distintas opciones de tratamiento debido a la incomodidad y la distracción que les produce la

enfermedad. Sin embargo, todavía pueden ser capaces de expresar su rechazo a una intervención específica, por ejemplo, al sacarse un tubo de alimentación intravenosa. En estos casos, estas expresiones de desacuerdo deben considerarse muy seriamente, aunque deben tomarse en cuenta en el contexto de los objetivos generales del plan de tratamiento.

Los pacientes con trastornos psiquiátricos o neurológicos que son considerados un peligro para ellos mismos o para otros plantean problemas éticos muy difíciles. Es importante respetar sus derechos humanos, en especial el derecho a la libertad, en la medida de lo posible. A pesar de esto, tal vez tengan que ser encerrados o tratados contra su voluntad a fin de evitar que se dañen ellos mismos o a otros. Se puede hacer una distinción entre el encierro involuntario y el tratamiento involuntario. Algunos defensores de los pacientes defienden el derecho de estas personas a rechazar tratamiento, incluso si tienen que estar encerrados. Una razón legítima para rechazar un tratamiento puede ser una experiencia dolorosa con tratamientos en el pasado, por ejemplo, los graves efectos secundarios producidos por medicamentos psicotrópicos. Cuando se representa a dichos pacientes para la toma de decisiones, el médico debe asegurarse que los pacientes sean realmente un peligro, y no sólo una molestia, para otros o para ellos mismos. El médico debe tratar de cerciorarse de las preferencias del paciente en cuanto a tratamiento, y sus razones, incluso si al final no pueden ser aplicadas.

CONFIDENCIALIDAD

El deber del médico de mantener la información del paciente en secreto ha sido la piedra angular de la ética médica desde tiempos de Hipócrates. El juramento hipocrático estipula lo siguiente: "Guardaré silencio sobre todo aquello que en mi profesión, o fuera de ella, oiga o vea en la vida de los hombres que no deba ser público, manteniendo estas cosas de manera que no se pueda hablar de ellas." El juramento y otras versiones más recientes no

“En algunas circunstancias, es ético revelar información confidencial.”

Læknisfræðileg siðfræði

permiten excepciones a este deber de confidencialidad. Sin embargo, otros códigos rechazan este enfoque absolutista de la confidencialidad, por ejemplo, el **Código Internacional de Ética Médica** de la AMM estipula lo siguiente: “Es ético revelar información confidencial cuando el paciente otorga su consentimiento o cuando existe una amenaza real e inminente de daño para el paciente u otros y esta amenaza sólo puede eliminarse con la violación del secreto”. La posibilidad de que la confidencialidad pueda ser quebrantada con justificación a veces hace necesario la aclaración de la idea misma de confidencialidad”.

El alto valor que se le otorga a la confidencialidad se basa en tres elementos: la autonomía, el respeto por los demás y la confianza. La autonomía se relaciona con la confidencialidad porque la información personal sobre una persona le pertenece a ella y no debe ser dada a conocer a otros sin su consentimiento. Cuando un individuo revela información personal a otro, un médico o una enfermera, por ejemplo, o cuando la información queda a la luz a través de un test médico, las personas que la conocen están obligadas a mantenerla confidencial, a menos que el individuo en cuestión les permita divulgarla.

La confidencialidad también es importante porque los seres humanos merecen respeto. Una forma importante de demostrarles respeto es mantener su privacidad. En el contexto médico, con frecuencia la privacidad está muy comprometida, pero esta es la razón principal para evitar otras intrusiones innecesarias en la vida privada de una persona. Puesto que los individuos son distintos con respecto a su deseo de privacidad, no podemos suponer que todos quieren ser tratados como quisiéramos. Se debe tener cuidado al determinar qué información personal el paciente desea mantener en secreto y cuál está dispuesto a revelar a otros.

La confianza es parte esencial en la relación médico-paciente. Para recibir atención médica, el paciente debe revelar información personal al médico y a otros que pueden ser perfectos extraños para él, información que no querría que nadie más supiera. El paciente debe tener una buena razón para confiar en que su médico no revelará la información. La base de esta confianza son las normas éticas y legales de confidencialidad que se espera que respeten los profesionales de la salud. Si el paciente no entiende que la información entregada se mantendrá en secreto, podría retener información personal. Esto puede obstaculizar los esfuerzos del médico por realizar intervenciones eficaces o lograr ciertos objetivos de salud pública.

La Declaración de la AMM sobre los **Derechos del Paciente** resume el derecho del paciente al secreto de la siguiente manera:

- Toda la información identificable del estado de salud, condición médica, diagnóstico y tratamiento de un paciente y toda otra información de tipo personal, debe mantenerse en secreto, incluso después de su muerte. Excepcionalmente, los descendientes pueden tener derecho al acceso de la información que los prevenga de los riesgos de salud.
- La información confidencial sólo se puede dar a conocer si el paciente da su consentimiento explícito o si la ley prevé expresamente eso. Se puede entregar información a otro personal de salud que presta atención, sólo en base estrictamente de “necesidad de conocer”, a menos que el paciente dé un consentimiento explícito.
- Toda información identificable del paciente debe ser protegida. La protección de la información debe ser apropiada a la manera del almacenamiento. Las sustancias humanas que puedan proporcionar información identificable también deben protegerse del mismo modo.

Como lo estipula esta Declaración de la AMM, hay excepciones para el requisito de mantener la confidencialidad. Algunos no son problemáticos, pero otros plantean problemas éticos muy difíciles para el médico.

Las violaciones rutinarias del secreto se dan con frecuencia en la mayoría de las instituciones de salud. Muchas personas – médicos, enfermeras, técnicos de laboratorios, estudiantes, etc. – necesitan tener acceso al historial de salud del paciente a fin de prestarle una atención adecuada y para los estudiantes, aprender a practicar la medicina. Cuando los pacientes hablan un idioma diferente al de sus médicos, es necesario intérpretes para facilitar la comunicación. En los casos de los pacientes que no están capacitados para tomar sus propias decisiones médicas, hay que entregar información a otras personas sobre ellos para que puedan tomar decisiones en su lugar y atenderlos. El médico informa habitualmente a los familiares de la persona fallecida la causa de su muerte. Por lo general, estos quebrantamientos de la confidencialidad están justificados, pero deben mantenerse en el mínimo y se debe hacer ver a las personas que tienen acceso a la información confidencial que es preciso que no revelen más de lo necesario por el bien del paciente. Cuando sea posible, se debe informar a los pacientes sobre estas filtraciones.

Otra razón para faltar a la confidencialidad que es aceptada en forma general es el cumplimiento de requisitos legales. Por ejemplo, muchas jurisdicciones tienen una legislación sobre la obligatoriedad de informar sobre los pacientes que sufren ciertas enfermedades designadas, los que no están aptos para conducir y los sospechosos de maltrato infantil. El médico debe conocer los requisitos legales del lugar donde trabaja para revelar la información del paciente. Sin embargo los requerimientos legales pueden entrar en conflicto con el respeto de los derechos humanos que sirven de fundamento a la ética médica. Por lo tanto, el médico debe considerar con un ojo crítico todo requerimiento legal para violar el secreto y asegurarse que está justificado antes de respetarlo.

Si el médico está convencido de que cumple con las exigencias legales para revelar la información médica de un paciente, es mejor que hable con el paciente sobre la necesidad de toda revelación antes que lo haga y obtenga su cooperación. Por ejemplo, es preferible que un

“... el médico debe considerar con un ojo crítico todo requerimiento legal para violar el secreto y asegurarse que está justificado antes de respetarlo”

paciente sospechoso de maltrato de niños llame a las autoridades del organismo de protección infantil en presencia del médico para informar él mismo o que el médico obtenga su consentimiento antes de notificar a las autoridades. Este procedimiento preparará el camino para otras intervenciones. Si no se produce esta cooperación y el médico tiene razones de creer que toda demora en informar puede poner en peligro al niño, entonces debe dar aviso inmediatamente al organismo de protección infantil y después informar al paciente sobre lo que ha hecho.

Además de la violación del secreto que exige la ley, el médico puede tener el deber ético de entregar información confidencial a otros que pudieran correr riesgo de ser perjudicados por el paciente. Dos casos en que se puede dar esta situación son los siguientes: cuando un paciente le dice a su psiquiatra que tiene intenciones de herir a otra persona y cuando el médico está convencido que un paciente seropositivo seguirá teniendo relaciones sexuales sin protección con su esposa y con otras personas.

Las condiciones reunidas para violar el secreto cuando no lo exige la ley es cuando se cree que el daño esperado es inminente, grave, irreversible, inevitable, excepto por revelación no autorizada y mayor que el posible daño que produciría la revelación de información. En caso de duda, sería prudente que el médico pidiera asesoría a un experto.

Cuando el médico ha determinado que el deber de advertir justifica una revelación de información no autorizada, se deben tomar dos decisiones: ¿A quién debe contarle el médico? y ¿Cuánto se debe

decir? Por lo general, sólo se debe revelar la información necesaria para evitar el daño anticipado y debe estar dirigida únicamente a los que la necesitan a fin de evitar todo perjuicio. Se deben tomar medidas razonables para disminuir al mínimo el daño y la ofensa al paciente que pueda producir la revelación de información. Se recomienda que el médico informe al paciente que el secreto puede ser violado por su propia protección y la de su víctima potencial. Se debe tratar de obtener la cooperación del paciente si es posible.

En el caso de un paciente seropositivo, la entrega de información a la esposa o a la pareja sexual actual puede que no sea contraria a la ética y en realidad puede estar justificada cuando el paciente no está dispuesto a informar a la persona en riesgo. Se deben reunir todas estas condiciones para proceder a revelar información: el paciente corre el riesgo de infectarse con el VIH y no tiene otros medios razonables de conocer el riesgo; el paciente se ha negado a informar a su pareja sexual; el paciente ha rechazado un ofrecimiento de ayuda de parte del médico para hacerlo en su nombre y el médico ha informado al paciente su intención de revelar información a su pareja.

La atención médica de los sospechosos o delincuentes convictos plantea dificultades particulares con respecto a la confidencialidad. Aunque el médico que atiende a una persona en custodia tiene una independencia limitada, debe hacer lo posible por tratar a estos pacientes como lo haría con los otros. En especial, el médico debe respetar la confidencialidad al no revelar detalles de la condición médica del paciente a las autoridades de la prisión, sin obtener antes el consentimiento del paciente.

PROBLEMAS ÉTICOS RELACIONADOS CON EL COMIENZO DE LA VIDA

Muchos de los problemas más importantes en la ética médica están relacionados con el comienzo de la vida humana. El alcance limitado de esta Manual no permite tratar estos problemas más profundamente, pero vale la pena enumerarlos para que puedan

ser reconocidos como éticos y puedan ser abordados así. Cada uno de ellos ha sido sometido a un extenso análisis de parte de las asociaciones médicas, expertos en ética y organismos gubernamentales asesores; además, en muchos países existen leyes, regulaciones y políticas sobre ellos.

- **ANTICONCEPCIÓN** – aunque existe un reconocimiento internacional cada vez más grande del derecho de la mujer de controlar su fertilidad, incluida la prevención de embarazos no deseados, el médico todavía debe enfrentar problemas difíciles como el requerimiento de anticonceptivos de parte de menores y explicar los riesgos de los distintos métodos anticonceptivos.
- **REPRODUCCIÓN ASISTIDA** – para las parejas (y personas) que no pueden concebir en forma natural existen varias técnicas de reproducción asistida, como la inseminación artificial, la fecundación in-vitro y la transferencia de embriones, que están disponibles en los principales centros médicos. La gestación substituta es otra alternativa. Ninguna de estas técnicas está exenta de problemas, ya sea en casos individuales o para las políticas públicas.
- **SELECCIÓN GENÉTICA PRENATAL** – ahora se dispone de pruebas genéticas para determinar si un embrión o un feto tiene ciertas anomalías genéticas y si es masculino o femenino. Según los resultados, se puede tomar la decisión de seguir o interrumpir el embarazo. El médico debe decidir cuándo ofrecer estas pruebas y cómo explicar los resultados al paciente.
- **ABORTO** – este ha sido por mucho tiempo uno de los problemas que más división causa tanto entre los médicos como en las autoridades públicas. La Declaración de la AMM sobre el Aborto Terapéutico reconoce la diversidad de opinión y creencias y concluye que “esta es una

cuestión de convicción y conciencia individuales que debe ser respetada.”

- **RECIÉN NACIDOS CON GRAVES COMPLICACIONES** – debido al alto grado de prematurez o a anomalías congénitas, algunos recién nacidos tienen muy pocas posibilidades de vida. Con frecuencia se deben tomar decisiones difíciles: intentar prolongar sus vidas o dejarlos morir.
- **PROBLEMAS EN LA INVESTIGACIÓN** – estos incluyen la producción de nuevos embriones o la utilización de embriones “extras” (los que no se quieren para fines reproductivos) para obtener células madre para aplicaciones potenciales, el ensayo de nuevas técnicas para la reproducción asistida y la experimentación con fetos.

PROBLEMAS ÉTICOS RELACIONADOS CON EL TÉRMINO DE LA VIDA

Los problemas asociados al término de la vida varían de intentos para prolongar la vida de pacientes moribundos a través de tecnologías muy experimentales, como la implantación de órganos animales, a esfuerzos para poner término a la vida en forma prematura por medio de la eutanasia y del suicidio con ayuda médica. Entre estos extremos hay muchos problemas relativos a la iniciación o la suspensión de tratamientos que potencialmente prolongan la vida, la atención de pacientes terminales y la conveniencia y el uso de la voluntad anticipada.

Hay dos problemas que necesitan una atención particular: la eutanasia y la ayuda para el suicidio.

- **LA EUTANASIA** significa la realización en forma intencional y con conocimiento de un acto con la clara intención de poner término a la vida de otra persona, lo que incluye los siguientes elementos: es una persona competente e informada que tiene una enfermedad incurable y que ha

pedido voluntariamente terminar con su vida; el agente conoce la condición de la persona y su deseo de morir y lleva a cabo el acto con la intención principal de terminar con la vida de dicha persona, el acto se realiza con compasión y sin beneficio personal.

- **LA AYUDA PARA EL SUICIDIO** significa proporcionar en forma intencional y con conocimiento a una persona los medios o procedimientos o ambos necesarios para suicidarse, incluidos el asesoramiento sobre dosis letales de medicamentos, la prescripción de dichos medicamentos letales o su suministro.

La eutanasia y la ayuda para el suicidio con frecuencia son consideradas moralmente equivalentes, aunque existe una clara distinción práctica entre ellas y en algunas jurisdicciones una distinción legal también.

Según estas definiciones, la eutanasia y la ayuda para el suicidio se deben diferenciar de la continuación o la suspensión de un tratamiento médico inapropiado, inútil o no deseado o de la entrega de cuidados paliativos compasionados, incluso cuando estas prácticas acortan la vida.

Las solicitudes de eutanasia o ayuda para el suicidio se producen debido al dolor o sufrimiento que el paciente considera insoportable. Prefieren morir que continuar viviendo en esas circunstancias. Además, muchos pacientes consideran que tienen derecho a morir si así lo desean e incluso el derecho a tener ayuda para morir. Se piensa que el médico es el instrumento de muerte más apropiado, ya que cuenta con los conocimientos médicos y tiene acceso a los medicamentos adecuados para asegurar una muerte rápida y sin dolor.

Los médicos son naturalmente contrarios a implementar las solicitudes de eutanasia o de ayuda para suicidios porque estas acciones son ilegales en la mayoría de los países y las prohíben la mayor parte de los códigos de ética médica. Esta prohibición es

parte del Juramento Hipocrático y ha sido reafirmada de manera enfática por la **Declaración de la AMM sobre la Eutanasia**:

“La eutanasia, es decir, el acto deliberado de poner fin a la vida de un paciente, aunque sea por voluntad propia o a petición de sus familiares, es contraria a la ética. Ello no impide al médico respetar el deseo del paciente de dejar que el proceso natural de la muerte siga su curso en la fase terminal de su enfermedad.”

El rechazo de la eutanasia y de la ayuda para suicidios no significa que el médico no pueda hacer nada por un paciente con una enfermedad que amenace su vida, que se encuentre en una etapa avanzada y que no hayan opciones de curación apropiadas. En los últimos años, se han logrado importantes

avances en los tratamientos paliativos para aliviar el dolor y el sufrimiento y mejorar la calidad de vida. El tratamiento paliativo puede ser apropiado para pacientes de todas las edades, desde un niño con cáncer hasta un anciano que se acerca al fin de su vida. Un aspecto del tratamiento paliativo que necesita mayor atención para todos los pacientes es el control del dolor. Todos los médicos que atienden a pacientes moribundos deben asegurarse de que tienen los

“... los médicos no deben abandonar a los pacientes moribundos, sino que deben continuar la entrega de una atención compasionada, incluso cuando ya no es posible su curación ”

conocimientos adecuados en este contexto y también, cuando esté disponible, el acceso a ayuda especializada de expertos en tratamiento paliativo. Sobre todo, los médicos no deben abandonar a los pacientes moribundos, sino que deben continuar la entrega de una atención compasionada, incluso cuando ya no es posible su curación.

El tema de la muerte presenta muchos otros desafíos éticos para los pacientes, sus representantes y los médicos. La posibilidad

de prolongar la vida por medio de medicamentos, intervenciones de reanimación, procedimientos radiológicos y cuidado intensivo necesita decisiones en relación a cuándo iniciar estos tratamientos y cuándo suspenderlos si no dan resultados.

Como se mencionó con anterioridad en relación con la comunicación y el consentimiento, los pacientes competentes tienen derecho a rechazar cualquier tratamiento médico, incluso si esto produce su muerte. Las personas tienen actitudes muy distintas frente a la muerte, algunos harían cualquier cosa para prolongar sus vidas, sin importar el dolor y sufrimiento que implique todo esto, mientras que otros esperan morir con tal ansiedad que rechazan incluso acciones simples que es probable que los mantengan con vida, como tomar antibióticos para sanar una neumonía bacteriana. Una vez que el médico haya hecho todo lo posible para proporcionar al paciente información sobre los tratamientos disponibles y sus posibilidades de éxito, debe respetar la decisión del paciente sobre la iniciación y la continuación de todo tratamiento.

La toma de decisiones con respecto al término de la vida para los pacientes incapacitados plantea mayores dificultades. Si el paciente ha expresado con anticipación sus deseos de manera clara, por ejemplo en una voluntad anticipada, la decisión será más fácil, aunque a menudo estas instrucciones son muy vagas y deben ser interpretadas con relación a la condición actual del paciente. Si el paciente no ha expresado en forma adecuada su voluntad, el representante apropiado debe utilizar otros criterios para las decisiones de tratamiento, especialmente el mejor interés del paciente.

ANÁLISIS DEL CASO PRÁCTICO

Conforme al análisis de la relación médico-paciente que se presenta en este capítulo, La conducta del Dr. P fue deficiente en varios aspectos: 1) comunicación: no trató de comunicarse con la paciente o su madre para conocer la causa de su estado, opciones de tratamiento o si podía cubrir su hospitalización mientras se recuperaba; 2) consentimiento: no obtuvo su consentimiento informado para el tratamiento; 3) compasión: su actitud con ella demostró poca compasión por su situación difícil. Su tratamiento quirúrgico puede haber sido muy bueno y puede haber estado cansado al final de un largo turno, pero esto no justifica su actuación antiética.

