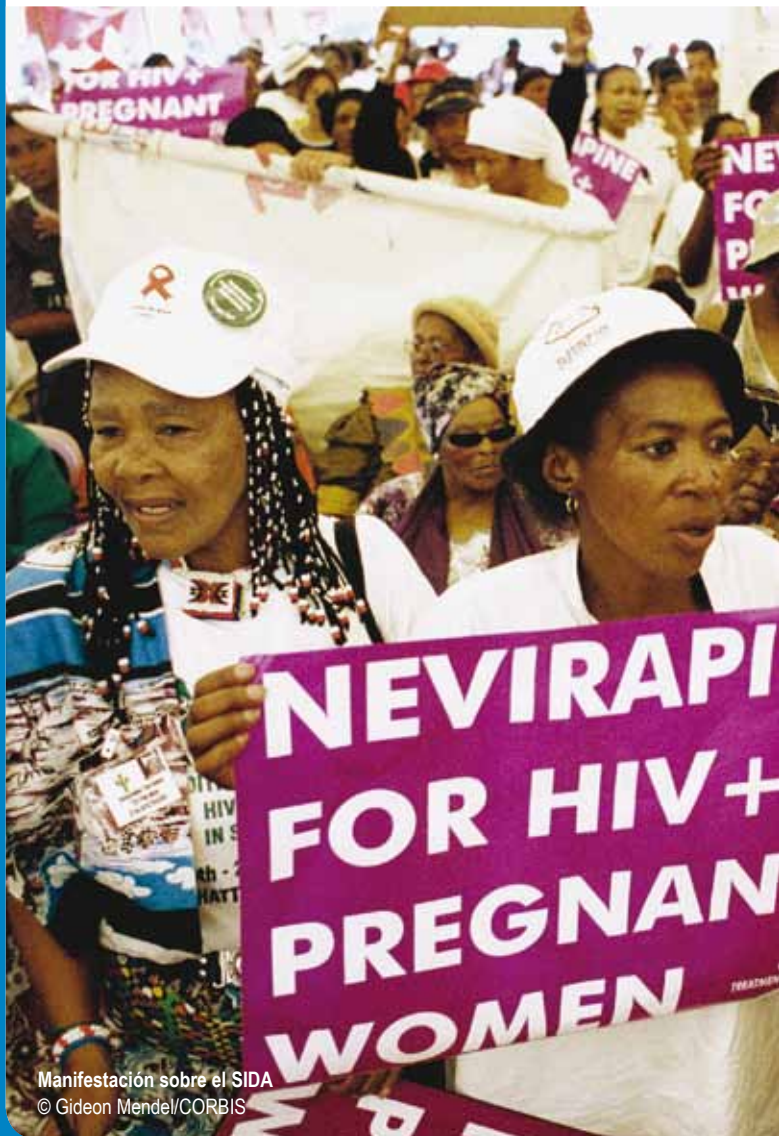
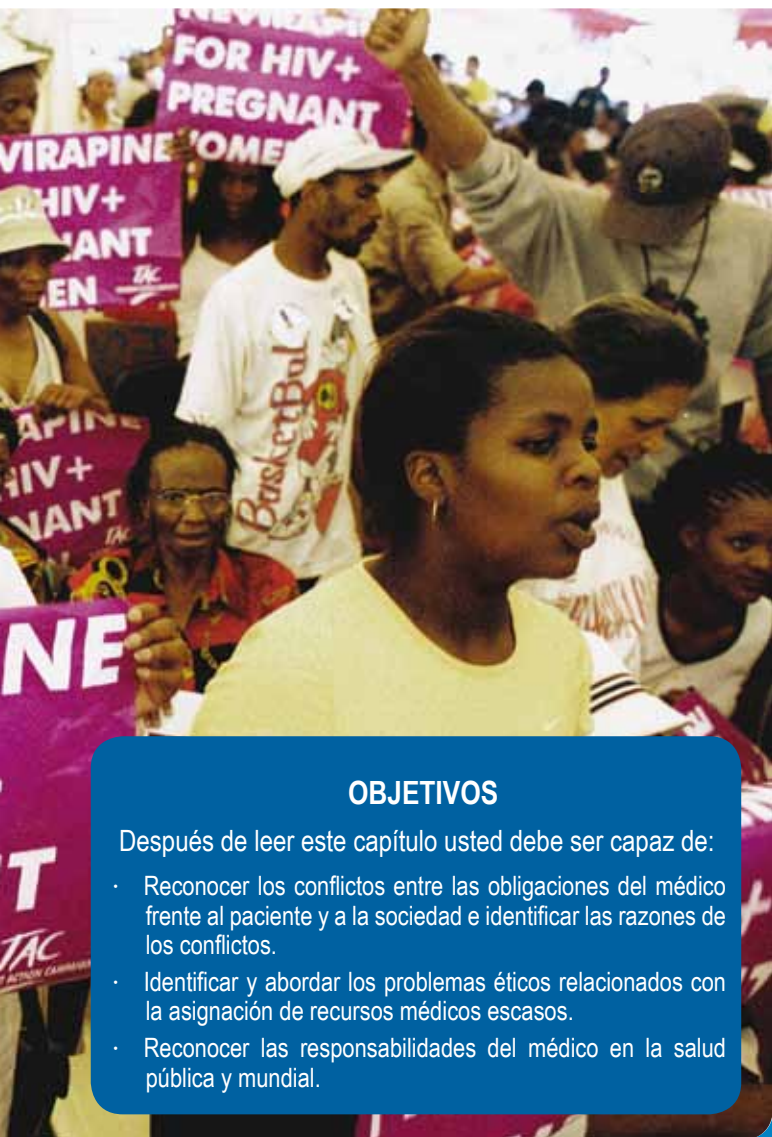


CAPÍTULO III – EL MÉDICO Y LA SOCIEDAD



Manifestación sobre el SIDA
© Gideon Mendel/CORBIS



OBJETIVOS

Después de leer este capítulo usted debe ser capaz de:

- Reconocer los conflictos entre las obligaciones del médico frente al paciente y a la sociedad e identificar las razones de los conflictos.
- Identificar y abordar los problemas éticos relacionados con la asignación de recursos médicos escasos.
- Reconocer las responsabilidades del médico en la salud pública y mundial.

CASO PRÁCTICO 2

La Dra. S se siente cada vez más frustrada con los pacientes que la van a consultar antes o después de ir a otro médico por la misma dolencia. Ella considera que esto es una pérdida de recursos de salud y también contraproducente para la salud de los pacientes. Esta doctora decide decirles a sus pacientes que no los seguirá atendiendo si continúan consultando a otros médicos por la misma dolencia. Ella tiene intenciones de hablar con su asociación médica nacional para que presionen al Gobierno y que evite este mal uso de los recursos de salud.

¿QUÉ TIENE DE ESPECIAL LA RELACIÓN MÉDICO-SOCIEDAD?

La medicina es una profesión. El término “profesión” tiene dos significados distintos que están estrechamente relacionados: 1) una ocupación que se caracteriza por la dedicación al bienestar de los demás, altos estándares morales, un conjunto de conocimientos y experiencia y un alto nivel de autonomía y 2) todas las personas que practican esta ocupación. La “profesión médica” puede significar la práctica de la medicina o los médicos en general.

El profesionalismo médico no incluye solamente la relación entre un médico y su paciente, como se explica en el capítulo II, y las relaciones con colegas y otros profesionales de la salud, lo que se abordará en el capítulo IV. También implica una relación con la sociedad. Esta relación se puede caracterizar por un “contrato social” en el que la sociedad otorga a la profesión privilegios, incluidos la exclusiva o principal responsabilidad de la prestación de ciertos servicios y un alto grado de autorregulación, a cambio la profesión acepta utilizar estos privilegios principalmente en

beneficio de los demás y sólo en segundo lugar para beneficio propio.

La medicina hoy, más que nunca antes, es más bien una actividad social que algo estrictamente individual. Se lleva a cabo en un contexto de gobierno y organización corporativa y de financiamiento. La medicina depende de la investigación médica pública y corporativa y de la fabricación de productos para la base de sus conocimientos y tratamientos. Necesita instituciones de salud complejas para muchos de sus procedimientos y trata las enfermedades tanto de origen social como biológico.

“La medicina hoy, más que nunca antes, es más bien una actividad social que algo estrictamente individual”

medisinsk etikk

La tradición hipocrática de la ética médica no ofrece mucha orientación sobre las relaciones con la sociedad. Para complementar esta tradición, la ética médica actual aborda los problemas que se presentan fuera del marco de la relación médico-paciente y proporciona criterios y procedimientos para enfrentarlos.

Al hablar de carácter “social” de la medicina surge de inmediato la siguiente pregunta: ¿qué es la sociedad? En este Manual el término se refiere a una comunidad o nación, no es sinónimo de gobierno; los gobiernos deben representar los intereses de la sociedad, aunque con frecuencia no lo hacen, pero incluso cuando los representan están actuando **para** la sociedad y no **como** sociedad.

El médico tiene varias relaciones con la sociedad. Puesto que la sociedad y su entorno físico son factores importantes para la salud de los pacientes, tanto la profesión médica en general como cada médico tienen funciones importantes que cumplir en la salud pública, la educación de la salud, la protección del medio ambiente, las leyes que afectan la salud o el bienestar de la comunidad y el testimonio en los procedimientos judiciales. La Declaración de la AMM sobre los **Derechos del Paciente** estipula lo siguiente:

“Cuando la legislación, una medida del gobierno, o cualquier otra administración o institución niega estos derechos al paciente, los médicos deben buscar los medios apropiados para asegurarlos o restablecerlos.” El médico también está convocado a cumplir una función importante en la asignación de los escasos recursos de salud de la sociedad y a veces tienen el deber de evitar que los pacientes accedan a servicios a los que no tienen derecho. La implementación de estas responsabilidades puede producir conflictos éticos, en especial cuando los intereses de la sociedad parecen entrar en conflicto con los del paciente.

DOBLE OBLIGACIÓN

Cuando los médicos tienen responsabilidades ante sus pacientes y ante terceros y cuando dichas responsabilidades son incompatibles, se encuentran en una situación de “doble obligación”. Los terceros que exigen obligación o lealtad del médico incluyen los gobiernos, empleadores (hospitales y organizaciones de atención médica administrada), aseguradores, oficiales militares, policía, personal de prisiones y familiares. Aunque el **Código Internacional de Ética**

“... en casos excepcionales el médico tenga que poner los intereses de otros por sobre los del paciente.”

Médica de la AMM estipula que “El médico debe a sus pacientes toda su lealtad”, por lo general se acepta que en casos excepcionales el médico tenga que poner los intereses de otros por sobre los del paciente. El desafío ético está en decidir cuándo y cómo proteger al paciente frente a las presiones de terceros.

Las situaciones de doble obligación incluyen un espectro desde los que los intereses de la sociedad deben prevalecer hasta en los que los intereses del paciente son claramente más importantes. Entre los dos extremos hay una zona nebulosa en la que se necesita mucho discernimiento para decidir lo que es correcto.

En un extremo de este espectro están las exigencias de informe obligatorio a los pacientes que sufren ciertas enfermedades, los que no pueden conducir o los que se sospecha maltratan a los niños. Los médicos pueden cumplir con estas exigencias sin titubeos, aunque se debe informar a los pacientes de dichas acciones.

En el otro extremo, hay solicitudes u órdenes de la policía o militares para tomar parte en prácticas que violan los derechos humanos fundamentales, como la tortura. En su Resolución de 2003 sobre **la Responsabilidad de los Médicos en la Denuncia de Torturas o Tratos Crueles, Inhumanos o Degradantes de los que Tengan Conocimiento**, la AMM proporciona una orientación específica a los médicos que están en esta situación. En particular, los médicos deben mantener su independencia profesional a fin de determinar qué es lo mejor para el paciente y deben respetar, en lo posible, los requisitos éticos normales del consentimiento informado y la privacidad. Toda transgresión de estos requisitos debe ser justificada y debe ser informada al paciente. Los médicos deben informar a las autoridades correspondientes toda interferencia injustificada en la atención de los pacientes, en especial si se niegan los derechos humanos fundamentales. Si las autoridades no responden, se puede buscar ayuda en la asociación médica nacional, la AMM y las organizaciones de derechos humanos.

“Los médicos deben informar a las autoridades correspondientes toda interferencia injustificada en la atención de los pacientes, en especial si se niegan los derechos humanos fundamentales.”

Más cerca del centro del espectro se encuentran las prácticas de algunos programas de atención médica administrada que limitan la autonomía clínica de los médicos para determinar cómo deben tratar a sus pacientes. Aunque estas prácticas no son necesariamente contrarias a lo que es mejor para el paciente, lo pueden ser y los médicos tienen que considerar cuidadosamente si deben participar

en dichos programas. Si no tienen ninguna opción, por ejemplo cuando no existen programas alternativos, deben *defender* con tenacidad a sus propios pacientes y a través de sus asociaciones médicas, las necesidades de todos los pacientes afectados por dichas políticas restrictivas.

Una forma especial de doble obligación es el conflicto de intereses potencial o real entre un médico y una entidad comercial por un lado y los pacientes o la sociedad por otro. Las compañías farmacéuticas, los fabricantes de aparatos médicos y otras organizaciones comerciales ofrecen con frecuencia a los médicos obsequios y otros beneficios que van de muestras gratis, viajes y alojamiento en eventos educacionales a remuneraciones excesivas por actividades de investigación (véase el capítulo V). Un motivo recurrente para esta generosidad de la compañía es convencer al médico de prescribir o utilizar los productos de la compañía, que puede que no sean los mejores para los pacientes del médico o puede agregar costos de salud innecesarios para la sociedad. La Declaración de la AMM sobre las **Relaciones entre los Médicos y las Empresas Comerciales** proporciona normas para los médicos en estas situaciones y muchas asociaciones médicas nacionales ya cuentan con sus propias normas. El principio ético fundamental de estas normas es que los médicos deben resolver cualquier conflicto entre sus propios intereses y los de sus pacientes a favor de sus propios pacientes.

“... los médicos deben resolver cualquier conflicto entre sus propios intereses y los de sus pacientes a favor de sus propios pacientes.”

ASIGNACIÓN DE RECURSOS

En cada país del mundo, incluso en los más ricos, ya existe una gran y creciente brecha entre las necesidades y deseos de los servicios de salud y la disponibilidad de recursos para proporcionar estos servicios. Debido a esta brecha, se requiere que los recursos existentes sean racionados de alguna manera. La racionalización

de la salud o la “asignación de recursos”, como se le llama comúnmente, se practica a tres niveles:

- Al más alto nivel (“macro”), los gobiernos deciden cuánta cantidad del presupuesto general se debe destinar a salud, qué tipo de atención médica se entregará sin costo y cuál necesitará un pago ya sea directamente de los pacientes o de sus planes de seguros médicos; dentro del presupuesto de salud, cuánto se dará a la remuneración de los médicos, enfermeras y otro personal de la salud, a gastos capitales o de funcionamiento para hospitales y otros establecimientos, a la investigación, a la educación de los profesionales de la salud, al tratamiento de enfermedades específicas, como la tuberculosis o el sida, etc.
- A nivel institucional (“medio”), que incluye los hospitales, las clínicas, establecimientos de salud, etc., las autoridades deciden cómo distribuir sus recursos: qué servicios proporcionar; cuánto gastar en personal, equipo, seguridad, otros gastos de funcionamiento, renovaciones, ampliaciones, etc.
- A nivel de cada paciente (“micro”), el personal de salud, en especial los médicos, deciden qué exámenes prescribir, si se necesita enviar al paciente a otro médico, si el paciente debe ser hospitalizado, si es necesario un medicamento de marca registrada en lugar de uno genérico, etc. Se ha calculado que los médicos son responsables de iniciar el 80% de los gastos de salud y a pesar de la intromisión cada vez más grande de la atención administrada, todavía son muy discretos en cuanto a qué recursos los pacientes tendrán acceso.

Las medidas que se toman a cada nivel tienen un componente ético principal, ya que están basadas en valores y tienen consecuencias importantes para la salud y el bienestar de las personas y las comunidades. Aunque las personas se ven afectadas por las decisiones que se toman en todos los niveles, están más involucradas en el nivel micro. Por consiguiente, este será el enfoque de lo que sigue.

Como se dijo con anterioridad, tradicionalmente se esperaba que el médico actuara sólo por el bien de sus pacientes, sin considerar las necesidades de los demás. Los principales valores de compasión, competencia y autonomía estaban dirigidos a satisfacer las necesidades de sus propios pacientes. Este enfoque individualista de la ética médica sobrevivió a la transición entre el paternalismo del médico y la autonomía del paciente, en la que la voluntad de cada paciente se convirtió en el principal criterio para decidir qué recursos debe recibir. Sin embargo, últimamente otro valor, la justicia, se ha transformado en un factor importante en la toma de decisiones médicas. Este implica un aspecto más social de la asignación de recursos, el que considera las necesidades de otros pacientes. Según este enfoque, el médico no sólo es responsable de sus propios pacientes, sino que en cierta medida de los demás también.

“... el médico no sólo es responsable de sus propios pacientes, sino que en cierta medida de los demás también.”

medizinische Ethik

Esta nueva interpretación de la función del médico en la asignación de recursos está expresada en los códigos de ética de muchas asociaciones médicas nacionales y también en la Declaración de la AMM sobre los **Derechos del Paciente** que estipula: “En circunstancias cuando se debe elegir entre pacientes potenciales para un tratamiento particular, el que es limitado, todos esos pacientes tienen derecho a una selección justa para ese tratamiento. Dicha elección debe estar basada en criterios médicos y debe hacerse sin discriminación.”

Una manera en la que el médico puede ser responsable en la asignación de recursos es evitando las prácticas inútiles e ineficaces, incluso cuando los pacientes las solicitan. La utilización excesiva de antibióticos es sólo un ejemplo de una práctica que es inútil y dañina. Los ensayos clínicos aleatorios han demostrado que muchos otros tratamientos comunes son ineficaces para las enfermedades en que se utilizan. Existen normas de práctica clínica

para muchas condiciones médicas que ayudan a distinguir entre los tratamientos eficaces y los inútiles. El médico debe familiarizarse con estas normas a fin de preservar los recursos y proporcionar un tratamiento óptimo a sus pacientes.

“Una manera en la que el médico puede ser responsable en la asignación de recursos es evitando las prácticas inútiles e ineficaces, incluso cuando los pacientes las solicitan.”

Un tipo de decisión sobre asignación que muchos médicos deben tomar es la elección entre dos o más pacientes que necesitan un recurso escaso, como la atención de un personal de emergencia, una cama disponible en la unidad de cuidados intensivos, órganos para trasplante, exámenes radiológicos de alta tecnología y ciertos medicamentos muy costosos. El médico que controla estos recursos debe decidir qué pacientes tendrán acceso a ellos y cuáles no, sabiendo muy bien que los que no obtendrán los recursos pueden sufrir e incluso morir.

Algunos médicos se ven enfrentados a otros conflictos en la asignación de recursos cuando cumplen una función en la elaboración de políticas generales que pueden afectar a sus propios pacientes, entre otros. Este conflicto se produce en hospitales y otras instituciones en las que los médicos ocupan cargos administrativos o trabajan en comunidades donde las políticas están recomendadas o determinadas. Aunque muchos médicos intentan separarse de la preocupación con sus propios pacientes, otros pueden tratar de hacer uso de sus cargos para poner las causas de sus pacientes por sobre otros que tienen mayores necesidades.

Cuando abordan los problemas de asignación, los médicos no sólo deben equilibrar los principios de compasión y justicia, sino que al hacerlo deben decidir qué enfoque de la justicia es preferible. Existen varios enfoques, incluidos los siguientes:

- **LIBERAL** – los recursos deben ser asignados según los principios del mercado (la elección individual está condicionada

por la capacidad y disponibilidad a pagar, con limitada atención caritativa por los desposeídos);

- **UTILITARIO** – los recursos deben ser asignados según el principio del máximo beneficio para todos;
- **IGUALITARIO** – los recursos deben ser asignados estrictamente según la necesidad;
- **RESTAURATIVO** – los recursos deben ser asignados de manera de favorecer a los desposeídos históricamente.

Como se ha mencionado con anterioridad, los médicos se han alejado gradualmente del tradicional individualismo de la ética médica, lo que favorece un enfoque liberal, hacia una concepción más social de su función. Incluso si el enfoque liberal por lo general se rechaza, sin embargo, los expertos en ética no han logrado un consenso sobre cuál de los otros tres enfoques es superior. Es claro que cada uno tiene resultados diferentes cuando se aplican a los problemas mencionados antes, es decir, decidir qué exámenes deben prescribirse, si es necesario enviar al paciente a otro médico, si el paciente debe ser hospitalizado, si es necesario un medicamento de marca registrada en lugar de uno genérico, quién obtiene el órgano para trasplante, etc. El enfoque utilitario es probablemente el más difícil de llevar a la práctica para el médico, ya que requiere una gran cantidad de información sobre los posibles resultados de las distintas intervenciones, no sólo para los propios pacientes del médico, sino que para todos los demás. La elección entre los otros dos (o tres si se incluye el liberal) dependerá de la moralidad personal del médico y también del marco socio-político en el que trabaja. Algunos países, como EE.UU., favorecen el enfoque liberal; otros, como Suecia, son conocidos por el igualitarismo; e incluso otros, como Sudáfrica, intentan un enfoque restaurativo. Muchas personas que elaboran los planes de

“La elección ... dependerá de la moralidad personal del médico y también del marco socio-político en el que trabaja.”

lääketieteen etiikka

salud promueven el utilitarismo. A pesar de sus diferencias, dos o más de estos conceptos de justicia con frecuencia coexisten en los sistemas de salud nacional y en estos países los médicos pueden elegir el sector en el que ejercer (público o privado) que esté de acuerdo con su propio enfoque.

Además de cualquier función que puedan cumplir los médicos en la asignación de los recursos de salud existentes, también tienen la responsabilidad de defender el aumento de estos recursos cuando no son suficientes para satisfacer las necesidades de los pacientes. Por lo general, esto requiere que los médicos trabajen en conjunto, en sus asociaciones profesionales, para convencer a las personas que toman las decisiones en el gobierno y a otros niveles de la existencia de estas necesidades y cómo satisfacerlas de la mejor manera, tanto en sus propios países como en el mundo.

“... los médicos ... también tienen la responsabilidad de defender el aumento de estos recursos cuando no son suficientes para satisfacer las necesidades de los pacientes”

ética médica

SALUD PÚBLICA

En el siglo XX, la medicina fue testigo de una lamentable división entre la “salud pública” y otra salud (supuestamente la salud “privada” o “individual”). Es lamentable, porque como se dijo antes, el público está formado por personas y las medidas destinadas para proteger y mejorar la salud del público tienen como resultados beneficios para la salud de las personas.

También se presta a confusión si la “salud pública” se interpreta como “atención médica con financiamiento público” (es decir, atención médica financiada a través del sistema de impuestos de un país o de un sistema de seguro universal obligatorio) y como lo opuesto a “atención médica con financiamiento privado” (es decir, atención médica pagada por la persona o a través de un seguro de salud privado y que por lo general no es universal).

El término “salud pública”, como se entiende aquí, se refiere tanto a la salud del público como a la especialidad médica que trata la salud desde una perspectiva más bien de la población que de la persona. Existe una gran necesidad de especialistas en este campo en todos los países a fin de asesorar y defender las políticas públicas que promueven una buena salud, además de participar en actividades que buscan proteger al público de las enfermedades contagiosas y de otros riesgos de salud. La práctica de la salud pública (conocida a veces como “medicina de salud pública” o “medicina comunitaria”) depende mucho para su base científica

“... todos los médicos necesitan tener conciencia de los determinantes sociales y ambientales que influyen en el estado de salud de cada uno de sus pacientes.”

de la **epidemiología**, que es el estudio de la distribución y los determinantes de la salud y la enfermedad en las poblaciones. En realidad, algunos médicos siguen una formación extraacadémica para ser epidemiólogos. Sin embargo, todos los médicos necesitan tener conciencia de los determinantes sociales y ambientales que influyen en el estado de salud de cada uno de sus pacientes. La Declaración de la AMM sobre la **Promoción de la Salud** estipula que: “Los médicos y sus asociaciones profesionales tienen el deber ético y la responsabilidad profesional de velar por los mejores intereses de sus pacientes en todo momento, e integrar dicha responsabilidad a una preocupación mayor y compromiso para promover y asegurar la salud del público.”

Las medidas de salud pública, como las campañas de vacunación y las respuestas de emergencia a los brotes de enfermedades contagiosas, son factores importantes en la salud de las personas, pero los factores sociales, como la vivienda, la nutrición y el empleo, son igualmente importantes, incluso más. Los médicos rara vez son capaces de tratar las causas sociales de las enfermedades de sus pacientes, aunque los deben enviar a los servicios sociales que estén disponibles. No obstante, pueden contribuir, aunque sea de

manera indirecta, a dar soluciones de largo plazo a estos problemas al participar en actividades de salud pública y educación de la salud, controlar e informar sobre los riesgos ambientales, identificar y dar publicidad a los efectos adversos para la salud causados por problemas sociales como el maltrato y la violencia y defender los mejoramientos en los servicios de salud público.

A veces los intereses de la salud pública pueden entrar en conflicto con los de cada paciente, por ejemplo cuando una vacuna que tiene un riesgo de reacción adversa evitará que una persona transmita una enfermedad, pero no que se la contagie o cuando es necesario informar ciertas enfermedades contagiosas, en casos de maltrato de niños o de ancianos, o para condiciones que pueden hacer que ciertas actividades sean peligrosas para la persona o los demás, como conducir un automóvil o pilotar un avión. Estos son ejemplos de situaciones de doble obligación. Los procedimientos para tratar estas situaciones y otras relacionadas se analizan en la sección “confidencialidad” del capítulo II de este Manual. En general, los médicos deben tratar de encontrar maneras de reducir al mínimo los perjuicios que todo paciente pueda sufrir después de cumplir los requisitos de la salud pública. Por ejemplo, cuando es necesario presentar un informe, la confidencialidad del paciente se debe proteger al máximo cuando se cumplan las exigencias legales.

Un tipo distinto de conflicto entre los intereses del paciente y los de la sociedad surge cuando se pide a los médicos que ayuden a los pacientes a recibir beneficios a los que no tienen derecho, por ejemplo, pagos de seguro o licencias médicas por enfermedad. Los médicos han recibido la autoridad para certificar que los pacientes tienen las condiciones médicas apropiadas que los califiquen para recibir dichos beneficios. Aunque algunos médicos no están dispuestos a negar las solicitudes de los pacientes para obtener certificados que no se ajustan a sus circunstancias, mejor deben ayudar a sus pacientes a encontrar otros medios de ayuda que no impliquen una conducta antiética.

SALUD MUNDIAL

El reconocimiento de que los médicos tienen responsabilidades con la sociedad en la que viven se ha ampliado en los últimos años hasta incluir una responsabilidad por la salud mundial. Este término se ha definido como problemas de salud, preocupaciones que traspasan las fronteras nacionales, que pueden ser influenciados por las circunstancias o experiencias en otros países y que son abordados con acciones y soluciones cooperativas. La salud mundial es parte de un movimiento de globalización mucho más grande que abarca el intercambio de información, el comercio, la política, el turismo y muchas otras actividades humanas.

La base de la globalización es el reconocimiento de que las personas y las sociedades son cada vez más interdependientes. Esto queda en clara evidencia con respecto a la salud humana, como lo ha demostrado la rápida propagación de enfermedades como la influenza y el SRAS. Estas epidemias necesitan una acción internacional para su control. Si un médico no reconoce y no trata una enfermedad altamente contagiosa en un país, esto puede tener efectos devastadores en los pacientes de otros países. Por esta razón, las obligaciones de los médicos van más allá de sus pacientes e incluso de sus comunidades y naciones.

El desarrollo de una visión mundial de la salud ha producido una creciente toma de conciencia sobre las disparidades en salud que existen a través del mundo. A pesar de las campañas realizadas a

“Si un médico no reconoce y no trata una enfermedad altamente contagiosa en un país, esto puede tener efectos devastadores en los pacientes de otros países.”

gran escala para combatir la mortalidad prematura y la debilitante morbilidad en los países más pobres, que han tenido como resultado balances positivos, como la eliminación de la viruela y (esperemos) la polio, la brecha en el estado de salud entre los países de altos ingresos y los de bajos ingresos continúa agrandarse. Esto se debe en parte al

VIH/Sida que ha tenido sus peores efectos en los países pobres, pero también es cierto que es debido a que los países de menos recursos no han podido beneficiarse del aumento de la riqueza que ha experimentado el mundo durante las últimas décadas. Aunque las causas de la pobreza son en gran parte políticas y económicas, por lo que están fuera del control de los médicos y de sus asociaciones, los médicos deben en efecto enfrentar la mala salud que es una consecuencia de la pobreza. En los países de bajos ingresos, los médicos tienen pocos recursos que ofrecer a sus pacientes y deben constantemente asignar dichos recursos de la manera más justa. Incluso en los países de altos y medianos ingresos los médicos encuentran pacientes directamente afectados por la globalización, como los refugiados, y que a veces no tienen acceso a la cobertura médica de la que benefician los habitantes de esos países.

Otro aspecto de la globalización es la movilidad internacional de los profesionales de la salud, incluidos los médicos. El flujo de médicos desde los países en desarrollo hacia los industrializados ha sido provechoso tanto para los médicos como para los países que los reciben, pero no para los países exportadores. La AMM estipula en sus **Normas Éticas para la Contratación Internacional de Médicos** que “no se debe impedir que los médicos dejen su país de origen o de adopción para seguir carreras en otros países. Sin embargo, cada país debe hacer todo lo posible para educar una cantidad adecuada de médicos y tomar en cuenta sus necesidades y recursos. Un país no debe depender de la inmigración de otros países para satisfacer su necesidad de médicos.”

Los médicos de los países industrializados tienen una larga tradición de poner al servicio de los países en desarrollo su experiencia y conocimientos. Esto se da en varias formas: ayuda médica de emergencia coordinada por organizaciones como la Cruz Roja y Médicos sin Fronteras, campañas quirúrgicas de corto plazo para tratar afecciones como las cataratas y el paladar fisurado, visitas a las facultades de las escuelas de medicina, proyectos de investigación médica de corto o largo plazo, suministro de

ANÁLISIS DEL CASO PRÁCTICO

De acuerdo al análisis de la relación médico-sociedad presentado en este capítulo, la Dra. S tiene razón al considerar el impacto que tendrá la conducta de su paciente en la sociedad. Incluso si las consultas con otro médico se realizan fuera del sistema de salud en el que trabaja la Dra. S, y por lo tanto no implica ningún costo financiero para la sociedad, el paciente ocupa el tiempo de la Dra. S que podría ser utilizado para otros pacientes que necesiten sus servicios. Sin embargo, los médicos como la Dra. S. deben tener cuidado al enfrentar situaciones como esta. Con frecuencia, los pacientes no pueden tomar decisiones totalmente racionales debido a una variedad de razones y pueden necesitar bastante tiempo y educación sobre la salud para que logren entender qué es lo mejor para ellos y para los demás. La Dra. S también tiene razón de dirigirse a su asociación médica para buscar una solución social a este problema, ya que no sólo la afecta a ella y a este paciente, sino que también a otros médicos y pacientes.