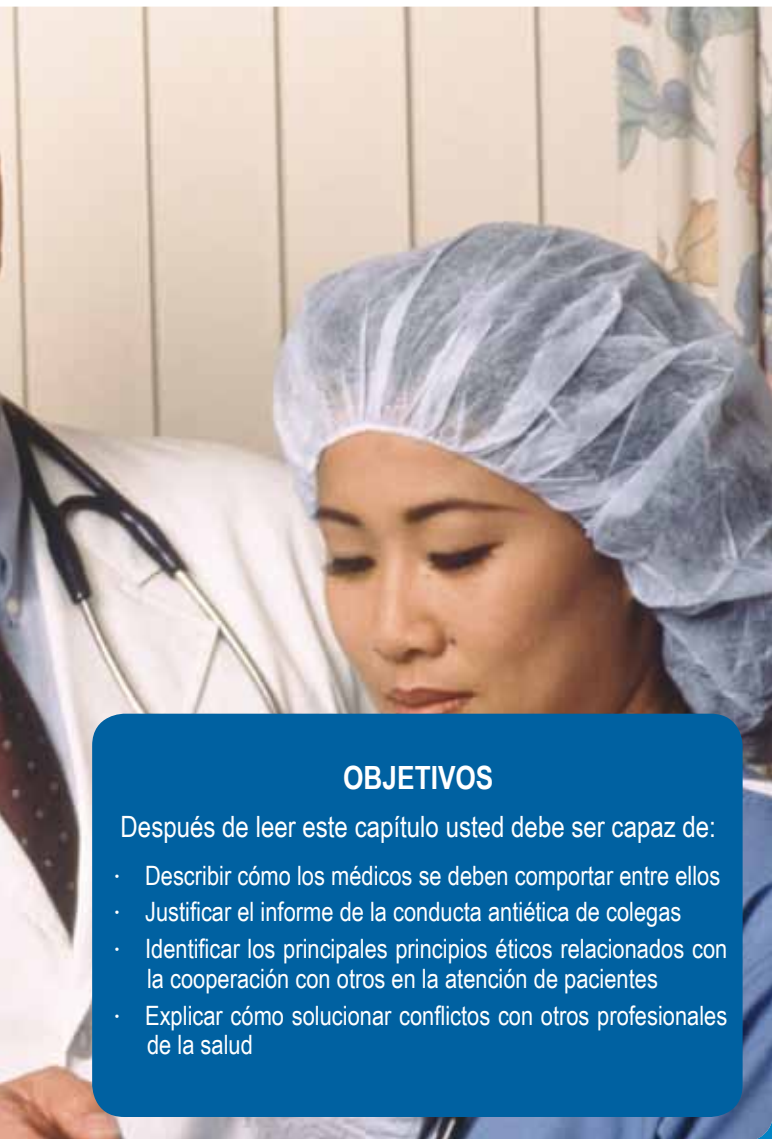


## CAPÍTULO IV – EL MÉDICO Y LOS COLEGAS



Equipo médico estudia un caso  
© Pete Saloutos/CORBIS



## OBJETIVOS

Después de leer este capítulo usted debe ser capaz de:

- Describir cómo los médicos se deben comportar entre ellos
- Justificar el informe de la conducta antiética de colegas
- Identificar los principales principios éticos relacionados con la cooperación con otros en la atención de pacientes
- Explicar cómo solucionar conflictos con otros profesionales de la salud

## CASO PRÁCTICO 3

El Dr. C, nuevo anestesista en un hospital de la ciudad, está muy preocupado por la conducta del cirujano jefe en la sala de operaciones, ya que utiliza técnicas obsoletas que prolongan las operaciones y producen más dolor postoperatorio y aumentan el tiempo de recuperación. Además, con frecuencia se burla en forma grosera de sus pacientes, lo que evidentemente molesta a las enfermeras que lo asisten. Puesto que el Dr. C acaba de integrarse al personal, no se atreve a criticar al cirujano personalmente o a informar a sus autoridades superiores; sin embargo, siente que debe hacer algo para mejorar la situación.

### DESAFÍOS DE LA AUTORIDAD MÉDICA

Los médicos forman parte de una profesión que ha funcionado tradicionalmente de una manera muy *jerárquica*, tanto interna como externamente. En el ámbito interno, existen tres *jerarquías* que se sobrepone: la primera hace una diferencia entre las especialidades, en la que algunas son consideradas más prestigiosas y mejor remuneradas que otras; la segunda está en las especialidades, en la que la académica tiene más influencia que la práctica privada o pública; la tercera tiene relación con la atención de pacientes específicos, en la que el que presta atención primaria está al comienzo de la jerarquía y los otros médicos, incluso con más autoridad o conocimientos, sirven simplemente como consultores, a menos que el paciente le sea destinado a su cuidado. En el plano externo, los médicos por tradición han estado al comienzo de la

**“Los médicos forman parte de una profesión que ha funcionado tradicionalmente de una manera muy jerárquica...”**

jerarquía del cuerpo que presta atención médica, por sobre las enfermeras y otros profesionales de la salud.

Este capítulo abordará problemas éticos que se producen tanto en las jerarquías interna como externa. Algunos problemas son comunes a ambas, otros se dan sólo en una de las dos. Muchos problemas son relativamente nuevos, ya que son producidos por los recientes cambios que ha experimentado la medicina y la salud. La breve descripción de estos cambios tiene un orden, puesto que representan desafíos importantes para el ejercicio tradicional de la autoridad médica.

Con el rápido aumento de los conocimientos científicos y sus aplicaciones clínicas, la medicina se ha vuelto muy compleja. No es posible que el médico sea experto en todas las enfermedades del paciente y los tratamientos potenciales, por lo que necesita la ayuda de otros médicos especialistas y profesionales de la salud experimentados, como las enfermeras, los farmacéuticos, los kinesiólogos, los técnicos de laboratorios, los asistentes sociales y muchos otros. Los médicos necesitan saber cómo tener acceso a los conocimientos pertinentes que necesitan los pacientes y que ellos no poseen.

Como se trató en el capítulo II, el paternalismo médico ha sido afectado gradualmente por el creciente reconocimiento del derecho de los pacientes a tomar sus propias decisiones médicas. Esto ha tenido como consecuencia que el modelo de toma de decisiones cooperativo ha reemplazado al modelo autoritario que era característico del paternalismo médico tradicional. Lo mismo sucede con las relaciones entre los médicos y los otros profesionales de la salud. Estos no están dispuestos a seguir las órdenes de los médicos sin conocer las razones que las motivan. Se consideran profesionales con

**“... el modelo de toma de decisiones cooperativo ha reemplazado al modelo autoritario que era característico del paternalismo médico tradicional.”**

responsabilidades éticas específicas hacia los pacientes, si su percepción de estas responsabilidades entra en conflicto con las órdenes de los médicos, estiman que deben cuestionar las órdenes o incluso desafiarlas. En cambio en el modelo jerárquico de autoridad nunca se dudó de quien estaba a cargo y quien debía prevalecer en caso de conflicto, el modelo cooperativo puede producir polémica sobre la atención apropiada para el paciente.

Estos avances están cambiando las “reglas del juego” en las relaciones de los médicos con sus colegas y los otros profesionales de la salud. El resto de este capítulo identifica algunos aspectos problemáticos de estas relaciones y sugiere cómo tratarlos.

## RELACIONES CON COLEGAS MÉDICOS, PROFESORES Y ESTUDIANTES

Por formar parte de la profesión médica, siempre se ha esperado que los médicos se traten entre ellos como miembros de una familia, más que extraños o incluso amigos. La **Declaración de Ginebra** de la AMM incluye esta promesa: “prometo considerar como hermanos y hermanas a mis colegas”. La interpretación de este requisito puede variar de acuerdo al país y a la época. Por ejemplo, cuando los honorarios por servicio prestado era la principal o única forma de remuneración de los médicos, existía la tradición de la “cortesía profesional” en la que los médicos no cobraban por atender a sus colegas. Esta práctica se ha ido perdiendo en los países donde existe el reembolso de parte de un organismo.

Además del requisito positivo de tratar a su colega con respecto y trabajar de manera cooperativa para aumentar al máximo la atención del paciente, el **Código Internacional de Ética Médica** de la AMM contiene dos restricciones a las relaciones de los médicos con sus colegas: 1) el pago o recibo de cualquier honorario u otro emolumento con el solo propósito de obtener un paciente o recetar, o enviar a un paciente a un establecimiento y 2) el médico no debe atraer los pacientes de sus colegas. Una tercera obligación,

denunciar a los médicos débiles de carácter o deficientes en competencia profesional, se analiza más adelante.

Según la tradición hipocrática de ética médica, los médicos deben tener un respeto especial por sus profesores. La **Declaración de Ginebra** lo afirma de la siguiente manera: “otorgar a mis maestros el respeto y gratitud que merecen”. Aunque la educación médica actual incluye múltiples interacciones entre estudiantes y profesores, en lugar de la relación personal de antes, todavía depende de la buena voluntad y la dedicación de los médicos que ejercen, quienes con frecuencia no reciben remuneración alguna por sus actividades en la enseñanza. Los estudiantes de medicina y otros alumnos en práctica tienen un deber de gratitud hacia sus profesores, sin los cuales la educación médica se vería reducida a una autoinstrucción.

Por su parte, los profesores tienen la obligación de tratar a sus estudiantes con respeto y servir de buenos modelos para tratar a los pacientes. El llamado “currículo oculto” de la educación médica, es decir, la conducta que exhiben los médicos durante sus prácticas, es mucho más influyente que el currículo oficial

**“... los profesores tienen la obligación de tratar a sus estudiantes con respeto y servir de buenos modelos para tratar a los pacientes.”**

de ética médica y si se presenta un conflicto entre los requisitos de la ética y las actitudes y conducta de sus profesores, es muy probable que los estudiantes de medicina sigan el ejemplo de sus profesores.

Los profesores tienen la obligación particular de pedir a sus alumnos que no realicen prácticas antiéticas. Ejemplos de estas prácticas que han sido informadas en las revistas médicas incluyen a estudiantes de medicina que obtienen consentimiento del paciente para tratamiento médico cuando lo debe hacer un profesional de la salud calificado, realizar exámenes pélvicos sin consentimiento en pacientes anestesiados o recién fallecidos y llevar a cabo

“Los estudiantes que tienen inquietudes sobre los aspectos éticos de su educación deben tener acceso a mecanismos que les permitan plantear sus preocupaciones ...”

procedimientos no supervisados que, aunque sean menores (como una inserción intravenosa), algunos estudiantes consideran que no están incluidos en sus actividades. Dado el desigual equilibrio de poder entre estudiantes y profesores y la consecuente mala disposición de los estudiantes a cuestionar o rechazar

אתיקה רפואית dichas órdenes, los profesores necesitan asegurarse que no están pidiendo a sus alumnos actuar de manera antiética. En muchas escuelas de medicina, hay representantes de curso o asociaciones de estudiantes de medicina que, entre sus funciones, pueden plantear preocupaciones por problemas éticos en la educación médica. Los estudiantes que tienen inquietudes sobre los aspectos éticos de su educación deben tener acceso a mecanismos que les permitan plantear sus preocupaciones sin ser identificados necesariamente como el *denunciante*, también acceso a ayuda apropiada si es necesario iniciar un proceso más formal.

Por su parte, se espera que los estudiantes de medicina demuestren altos niveles de conducta ética apropiada a futuros médicos; deben tratar a los otros estudiantes como colegas y estar preparados a ofrecer su ayuda cuando sea necesario, incluida una observación correctiva frente a un comportamiento no profesional. También los estudiantes deben contribuir plenamente a proyectos y deberes compartidos, como tareas de estudio y servicio de turno.

## INFORME DE PRÁCTICAS INSEGURAS O ANTIÉTICAS

La medicina tradicionalmente ha estado orgullosa por su calidad de profesión autorreguladora. A cambio de los privilegios que le ha otorgado la sociedad y la confianza que depositan los pacientes en sus miembros, la profesión médica ha establecido altos niveles de conducta para sus miembros y procedimientos disciplinarios para

investigar las acusaciones de mala conducta y, si es necesario, castigar a los culpables. Este sistema de autorregulación a menudo ha fallado y en los últimos años se han tomado medidas para que la profesión sea más responsable, por ejemplo, con el nombramiento de miembros no profesionales como autoridades reguladoras. Sin embargo, el requisito principal de la autorregulación es el apoyo sincero de los médicos a sus principios y su voluntad para reconocer y abordar las prácticas inseguras y antiéticas.

La obligación de informar sobre la incompetencia, el menoscabo o la mala conducta de un colega está estipulada en los códigos de ética médica. Por ejemplo, el **Código Internacional de Ética Médica** de la AMM establece que: “el médico debe informar a las autoridades apropiadas sobre los médicos que practiquen en forma antiética e incompetente o a los que incurran en fraude o engaño”. La aplicación de este principio no es fácil. Por un lado, el médico puede tener la tentación de atacar la reputación de un colega por motivos personales indignos, como los celos, o en respuesta a un insulto percibido por un colega. El médico también puede ser reacio a informar la mala conducta de un colega por amistad o simpatía (“por la gracia de Dios lo hago”). Las consecuencias de dicho informe pueden ser muy perjudiciales para la persona que informa, incluida con seguridad la hostilidad de parte del acusado y posiblemente de otros colegas también.

A pesar de los inconvenientes de denunciar la mala conducta, es un deber profesional del médico hacerlo. Estos no sólo son responsables de mantener la buena reputación de la profesión, sino con frecuencia son los únicos que reconocen la incompetencia, el menoscabo o la mala conducta. No obstante, la denuncia de colegas a la autoridad disciplinaria debe ser normalmente un

“... la denuncia de colegas a la autoridad disciplinaria debe ser normalmente un último recurso después de haber tratado otras alternativas sin éxito.”

الأخلاقيات الطبية

último recurso después de

haber tratado otras alternativas sin éxito. El primer paso podría ser acercarse al colega y decirle que considera que su conducta es insegura o antiética. Si el asunto puede resolverse a este nivel, tal vez no sea necesario ir más allá. Si no es así, la próxima etapa podría ser conversar con su supervisor o el del colega en cuestión y dejar que dicha persona tome una decisión. Si esta táctica no es práctica o no tiene éxito, entonces será necesario informar a las autoridades disciplinarias.

## RELACIONES CON OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD

El capítulo II sobre las relaciones con los pacientes empieza con un análisis de la importancia del respeto y trato igualitario en la relación médico-paciente. Los principios mencionados allí son igualmente pertinentes para las relaciones con los colegas de trabajo. En particular la prohibición de discriminar en base a “edad, enfermedad o incapacidad, credo, origen étnico, sexo, nacionalidad, afiliación política, raza, orientación sexual, clase social o cualquier otro factor” (**Declaración de Ginebra** de la AMM) es aplicable al tratar con todas las personas que interactúan con los médicos en la atención de pacientes y otras actividades profesionales.

La no discriminación es una característica pasiva de una relación. El respeto es algo más activo y positivo. Con respecto a otro personal de salud, sean médicos, enfermeras, auxiliares, etc., implica la valorización de sus conocimientos y experiencia en cuanto a que pueden contribuir a la atención de los pacientes. Todo el personal de salud no es igual desde el punto de vista de su educación y formación, pero sí comparten una igualdad humana básica al igual que una preocupación similar por el bienestar de los pacientes.

Sin embargo, con los pacientes hay razones legítimas para negarse a iniciar una relación o terminarla con otro personal de la salud. Entre ellas están la falta de confianza en la capacidad o integridad de la otra persona y graves conflictos personales. El médico debe

tener mucha sensibilidad ética para distinguir esto de motivos menos importantes.

## COOPERACIÓN

La medicina es al mismo tiempo una profesión muy individualista y cooperativa. Por un lado, los médicos consideran a los pacientes como “su propiedad”. Se asegura, con buena razón, que la relación médico-paciente es el mejor medio de conocer al paciente y lograr la continuidad en la atención que son óptimos para la prevención y el tratamiento de las enfermedades. La retención de los pacientes también beneficia al médico, al menos desde el punto de vista financiero. Al mismo tiempo, como se ha dicho antes, la medicina es muy compleja y especializada, lo que requiere una cooperación más estrecha entre los médicos que tienen conocimientos y experiencias distintos, pero complementarios. Esta tensión entre individualismo y cooperación es un tema recurrente en la ética médica.

El debilitamiento del paternalismo médico ha estado acompañado de la desaparición de la creencia de que al médico “le pertenecen” sus pacientes. El tradicional derecho del paciente de obtener una segunda opinión se ha ampliado para incluir el acceso a otro personal de salud que tal vez esté en mejores condiciones de satisfacer sus necesidades. Según la Declaración de la AMM sobre los **Derechos del Paciente**, “El médico tiene la obligación de cooperar en la coordinación de la atención médicamente indicada, con otro personal de salud que trata al paciente.” Sin embargo, como se ha hecho ver antes, los médicos no deben aprovecharse de esta cooperación con la repartición de honorarios.

Estas restricciones sobre la “propiedad” de los pacientes necesita ser compensada con otras medidas destinadas a resguardar la primacía

“El debilitamiento del paternalismo médico ha estado acompañado de la desaparición de la creencia de que al médico “le pertenecen” sus pacientes.”

de la relación médico-paciente. Por ejemplo, un paciente que es tratado por más de un médico, lo que ocurre generalmente en un hospital, debe, cuando sea posible, tener un médico que coordine la atención y que pueda mantenerlo informado sobre sus avances y ayudarlo a tomar decisiones.

Mientras las relaciones entre médicos están reguladas por reglas generalmente bien formuladas y entendidas, las relaciones entre los médicos y otros profesionales de la salud están en un estado nebuloso y no hay acuerdo sobre cuales deben ser las funciones respectivas. Muchas enfermeras, farmacéuticos, kinesiólogos y otros profesionales se consideran más competentes en sus especialidades que los médicos y estiman que no existe ninguna razón para ser tratados igual que los médicos. Ellos favorecen un enfoque de equipo en la atención del paciente en el que las opiniones de todos deben ser consideradas igual y piensan que son responsables ante el paciente, no ante el médico. Por otro lado, muchos médicos creen que si se adopta la idea de equipo alguien tiene que estar a cargo y los médicos están mejor preparados para dicha función por su educación y experiencia.

Aunque algunos médicos pueden resistirse a los desafíos contra su autoridad tradicional y casi absoluta, es casi seguro que su función cambiará debido a las exigencias de los pacientes y otro personal médico para tener más participación en la toma de decisiones médicas. Los médicos tendrán que ser capaces de justificar sus recomendaciones frente a otros y convencerlos de aceptarlas. Además de estas habilidades de comunicación, los médicos tendrán que poder solucionar los conflictos que se producen entre las distintas personas involucradas en la atención del paciente.

El recurso del paciente a personal de salud tradicional o alternativo ("curanderos") presenta un desafío particular a la cooperación por el mejor interés del paciente. Estas personas son consultadas por una gran proporción de la población en Africa y Asia y cada vez más en Europa y América. Aunque algunos considerarán estos

dos enfoques complementarios, en muchas situaciones se pueden producir conflictos. Puesto que al menos algunas intervenciones tradicionales y alternativas tienen efectos terapéuticos y son escogidas por los pacientes, los médicos deben tratar de cooperar con sus profesionales. La manera de hacerlo variará según el país y el tipo de profesional. En todas estas interacciones el bienestar del paciente debe primar sobre todo.

## SOLUCIÓN DE CONFLICTOS

Aunque los médicos pueden tener muchos tipos de conflictos distintos con médicos y otro personal de salud, por ejemplo, debido

**“... la incertidud y los distintos puntos de vista pueden dar paso a desacuerdos sobre los objetivos de la atención o los medios utilizados para lograr dichos objetivos.”**

ιατρική ηθική

a procedimientos administrativos o remuneraciones, trataremos los conflictos por atención de pacientes. Idealmente, las decisiones de salud deben reflejar un acuerdo entre el paciente, los médicos y todas las otras personas involucradas en la atención del paciente. No obstante, la incertidud y los distintos puntos de vista pueden dar paso a desacuerdos sobre los objetivos de la atención o los medios utilizados para lograr dichos objetivos.

Los recursos de salud limitados y las políticas de funcionamiento también pueden dificultar la obtención de un consenso.

Los desacuerdos entre el personal de salud respecto a los objetivos de la atención y el tratamiento o los medios para lograrlos deben ser aclarados y solucionados por los miembros del equipo de salud, a fin de no perjudicar sus relaciones con el paciente.

Los desacuerdos entre el personal de salud y los administradores en relación con la asignación de recursos deben ser resueltos al interior del establecimiento y no deben ser discutidos en presencia del paciente. Puesto que ambos tipos de conflictos son de naturaleza ética, el asesoramiento de un comité de ética clínica o

un consultor de ética, cuando se dispone de los recursos, pueden ayudar a solucionar estos conflictos.

Se pueden utilizar las siguientes directrices para la solución de conflictos:

- Los conflictos se deben solucionar de la manera más informal posible, por ejemplo, por medio de una negociación directa con las personas en desacuerdo y sólo utilizar procedimientos más formales cuando dichas medidas informales no den resultado.
- Se debe obtener las opiniones de todas las personas directamente involucradas y respetarlas.
- La elección informada del paciente, o del representante autorizado, sobre el tratamiento se debe considerar ante todo en la búsqueda de una solución del conflicto.
- Si el conflicto es sobre qué opciones se le deben ofrecer al paciente, por lo general es preferible una gama de opciones más amplia que estrecha. Si un tratamiento preferido no está disponible por falta de recursos, esto normalmente debe ser informado al paciente.
- Si luego de esfuerzos razonables, no se puede lograr un acuerdo a través del diálogo, se debe aceptar la decisión de la persona que tiene derecho o responsabilidad de decidir. Si no está claro quién tiene derecho o responsabilidad de tomar decisiones, se debe buscar una mediación, arbitraje o fallo.

Si el personal de salud no puede aceptar la decisión que prevalece por juicio profesional o moral personal, se les debe permitir que no participen en la implementación de la decisión, después de asegurarse que la persona atendida no queda en situación de riesgo o abandono.

## ANÁLISIS DEL CASO PRÁCTICO

El Dr. C tiene razón de estar preocupado por la conducta del cirujano jefe en la sala de operaciones. No sólo pone en peligro la salud del paciente, sino que no tiene respeto por el paciente y sus colegas. El Dr. C. Tiene el deber ético de no ignorar esta conducta y hacer algo al respecto. Un primer paso es no indicar ninguna aprobación de la conducta ofensiva, por ejemplo, reírse de los chistes. Si el Dr. C piensa que hablar con el cirujano sobre el asunto podría dar resultados, debe hacerlo. De lo contrario, quizá tenga que dirigirse en forma directa a las autoridades superiores en el hospital. Si ellas no están dispuestas a enfrentar la situación, entonces puede ponerse en contacto con el organismo que otorga las licencias de los médicos y pedir una investigación.

