CÓDIGO DE ÉTICA

2008

Colegio Médico
de Chile A.G.

CÓDIGO DE ÉTICA

2008

Colegio Médico
de Chile A.G.

ÍNDICE

EL JURAMENTO HIPOCRÁTICO..... 7

PLEGARIA DEL MÉDICO (Moisés Maimónides)..... 9

CÓDIGO DE ÉTICA DEL COLEGIO MÉDICO DE CHILE (A.G.)... 11

PRÓLOGO A LA EDICIÓN 2008..... 13

MENSAJE DEL PRESIDENTE AL H. CONSEJO GENERAL..... 16

PREÁMBULO..... 21

TÍTULO I: OBJETO Y ÁMBITO DE APLICACIÓN..... 23

TÍTULO II: DEBERES GENERALES DEL MÉDICO..... 24

TÍTULO III: DE LAS RELACIONES DEL MÉDICO
CON SUS PACIENTES..... 25
1. Reglas generales de comportamiento..... 25
2. Información y consentimiento 27
3. Secreto Profesional..... 29
4. Honorarios profesionales..... 31

TÍTULO IV: DE LA PUBLICIDAD PROFESIONAL
Y DE LA INFORMACIÓN AL PÚBLICO..... 32

TÍTULO V: DE LAS RELACIONES CON EMPRESAS
DE PRODUCTOS CLÍNICOS Y FARMACÉUTICOS 33

TÍTULO VI: DE LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA..... 34

TÍTULO VII: DE LAS RELACIONES DEL MÉDICO CON SUS
COLEGAS Y CON LOS DEMÁS PROFESIONALES DE LA SALUD... 35

TÍTULO VIII: DE ALGUNAS FORMAS ESPECIALES DE
EJERCICIO PROFESIONAL..... 37

TÍTULO IX: DE LAS RELACIONES DEL MÉDICO
CON EL COLEGIO MÉDICO DE CHILE..... 37

TÍTULO X: DE LAS SANCIÓNES Y DE SU EJECUCIÓN..... 38

CÓDIGO INTERNACIONAL DE ÉTICA MÉDICA DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL 43

NORMAS ÉTICAS INTERNACIONALES Y DOCUMENTOS DEL DEPARTAMENTO DE ÉTICA DEL COLEGIO MÉDICO DE CHILE (A.G.)..... 49

REGLAMENTO DE TRIBUNALES DE ÉTICA..... 57

PREÁMBULO..... 59

TÍTULO I: DE LOS TRIBUNALES DEL COLEGIO MÉDICO DE CHILE COMPETENTES PARA EL CONOCIMIENTO DE LAS INFRACCIONES A LA ÉTICA PROFESIONAL..... 61

TÍTULO II: DE LOS PROCEDIMIENTOS ANTE LOS TRIBUNALES DE ÉTICA DEL COLEGIO MÉDICO DE CHILE..... 68

1. Reglas generales..... 68
2. Del procedimiento de primera o única instancia..... 70
3. De la apelación y de la consulta..... 74
4. De las sanciones..... 76
5. De las instrucciones y de la interpretación..... 77

ARTÍCULOS TRANSITORIOS..... 77

APENDICE I: Declaración sobre el profesionalismo médico.... 79

APENDICE II: Manual de Ética Médica de la Asociación Médica Mundial..... 89

EL JURAMENTO HIPOCRÁTICO
(Traducción del original griego)

Juro por Apolo el Médico y Esculapio y por Hygeia y Panacea y por todos los dioses y diosas, poniéndolos de jueces, que este mi juramento será cumplido hasta donde tenga poder y discernimiento. A aquel quien me enseñó este arte, le estimaré lo mismo que a mis padres; él participará de mi mantenimiento y si lo desea participará de mis bienes. Consideraré su descendencia como mis hermanos, enseñándoles este arte sin cobrarles nada, si ellos desean aprenderlo.

Instruiré por precepto, por discurso y en todas las otras formas, a mis hijos, a los hijos del que me enseñó a mí y a los discípulos unidos por juramento y estipulación, de acuerdo con la ley médica, y no a otras personas.

Llevaré adelante ese régimen, el cual de acuerdo con mi poder y discernimiento será en beneficio de los enfermos y les apartará del perjuicio y el terror. A nadie daré una droga mortal aun cuando me sea solicitada, ni daré consejo con este fin. De la misma manera, no daré a ninguna mujer supositorios destructores; mantendré mi vida y mi arte alejado de la culpa.

No operaré a nadie por cálculos, dejando el camino a los que trabajan en esa práctica. A cualesquier cosa que entre, iré por el beneficio de los enfermos, absteniéndome de todo error voluntario y corrupción, y de lascivia con las mujeres u hombres libres o esclavos.

Guardaré silencio sobre todo aquellos que en mi profesión, o fuera de ella, oiga o vea en la vida de los hombres que no deban ser públicos, manteniendo estas cosas de manera que no se pueda hablar de ellas.

Ahora, si cumplo este juramento y no lo quebranto, que los frutos de la vida y el arte sean míos, que sea siempre honrado por todos los hombres y que lo contrario me ocurra si lo quebranto y soy perjuro.

PLEGARIA DEL MÉDICO
(Moisés Maimónides)

Llena mi ánimo de amor para el arte y para todas las criaturas.

No permitas que la sed de ganancia y la ambición de gloria hayan de influirme en el ejercicio de mi arte, porque los enemigos de la verdad y del amor del prójimo, podrían fácilmente descarriarme y alejarme del noble deber de hacer el bien a tus hijos. Sostén la fuerza de mi corazón, a fin de que siempre esté dispuesto para servir al pobre y al rico, al amigo y al enemigo, al bueno y al malvado. Haz que en el que sufre yo no vea más que al hombre.

Que mi entendimiento permanezca claro a la cabecera del enfermo, que no lo distraiga ningún pensamiento extraño, para que tenga presente todo lo que la experiencia y la ciencia me han enseñado, porque grandes y sublimes son las investigaciones científicas que miran a conservar la salud y la vida de todas las criaturas. Haz que mis enfermos tengan confianza en mí y en mi arte, y que sigan mis consejos y prescripciones. Aleja de sus camas a los charlatanes, a la multitud de parientes con sus mil consejos, y a los asistentes que siempre lo saben todo, porque constituyen una raza peligrosa, la que por vanidad hace fracasar las mejores intenciones del arte, y a menudo arrastra a los enfermos a la tumba. Si los ignorantes me censuran y se burlan de mí, haz que el amor del arte, como una coraza me haga invulnerable para que pueda perseverar en la verdad sin miramientos para el prestigio, el renombre y la edad de mis enemigos.

Incúlcame, Dios mío, indulgencia y paciencia al lado de los enfermos toscos y testarudos. Haz que sea moderado en todo, pero insaciable en el amor por la ciencia. Aleja de mí la idea de que lo sepa todo y de que todo lo pueda. Dame la fuerza, la voluntad y la ocasión de adquirir siempre mayores conocimientos.

Que yo pueda hoy descubrir en mi ciencia cosas que ayer no llegaba a sospechar, porque el arte es grande, pero el pensamiento humano penetra siempre más allá.

CÓDIGO DE ÉTICA
COLEGIO MEDICO DE CHILE (A.G.)

PRÓLOGO A LA EDICIÓN 2008

En el año 2005, el Congreso Nacional aprobó diversas modificaciones a la Constitución Política de la República, una de las cuales reconoció a los colegios profesionales constituidos en conformidad a la ley, la facultad para conocer de las reclamaciones que se interpongan sobre la conducta ética de sus miembros, atribuyendo a tribunales especiales establecidos en la ley, la facultad de juzgar a los profesionales que no se encuentren asociados a algún colegio profesional.

Sin embargo, transcurridos tres años desde la aprobación de la mencionada reforma constitucional que reconoció la tuición ética a los colegios profesionales, no se ha enviado aún al Parlamento el proyecto de ley que la haga aplicable. Esta situación contrasta con la actitud visionaria que tuvo nuestra institución para modernizar su institucionalidad y adecuarse a los nuevos desafíos.

En efecto, durante el año 2004, es decir, un año antes de aprobada la reforma constitucional antes señalada, el Colegio Médico de Chile estableció una nueva institucionalidad ética en su interior, al sustraer a los Consejos Regionales y al Consejo General el conocimiento y juzgamiento de las infracciones a la ética profesional en que incurrían sus asociados, entregando estas atribuciones al Tribunal Nacional y a los Tribunales Regionales de Ética de la Orden. Es decir, se estableció una separación entre las funciones gremiales propiamente tales y las jurisdiccionales éticas, con el fin de garantizar mayor independencia en estas materias. Ese mismo año, se aprobó el vigente Código de Ética, luego de una profunda revisión realizada en el seno del Departamento de Ética del Colegio Médico de Chile, y aprobada, por la unanimidad del H. Consejo General, el día 25 de noviembre de 2004.

Han transcurrido cuatro años desde que nuestra institución hiciera estas profundas modificaciones a la normativa ética profesional y hemos podido apreciar el cambio sustancial que se ha producido en la tramitación de los procedimientos éticos, reduciéndose de manera abrupta los tiempos de duración de aquéllos. En efecto, no era infrecuente que los antiguos sumarios éticos duraran años antes de

la dictación de la sentencia de término. Hoy, en el lapso de meses, las causas suelen ser falladas en primera instancia por el Tribunal Regional respectivo y revisadas en apelación por el Tribunal Nacional, cuando corresponda.

Asimismo, en estos años de funcionamiento de los Tribunales de Ética, hemos podido comprobar que la gran mayoría de las causas conocidas por estos tribunales tienen su origen en dos tipos de denunciantes: pacientes y médicos. Es decir, se trata de denuncias éticas planteadas por pacientes contra médicos y por estos últimos en contra de otros colegas. En el primer caso, el conocimiento y juzgamiento de estas denuncias por parte de los Tribunales de Ética puede significar un desincentivo de la litigiosidad ante tribunales ordinarios. En el segundo, cobra relevancia el rol de mediador que el Colegio Médico debe desempeñar entre sus asociados.

Es ese análisis de casos concretos el que nos recuerda que la ética tiene que ver con el comportamiento concreto de seres humanos en contextos determinados. Hoy vivimos en una sociedad donde la Ética ha perdido centralidad, lo que afecta desde los medios de comunicación hasta la convivencia diaria. En nuestro país, en los últimos 30 años, hemos sido testigos de los costos tremendos que tiene tomar decisiones económicas y políticas, sin considerar una apreciación ética.

Ante eso, la defensa y promoción de una ética profesional que regule el ejercicio de la medicina cobra un doble valor: por un lado, permite la proyección de la medicina al servicio del bienestar humano y, por otro, se transforma en una reserva, en un faro para una sociedad que necesita recomponer su fortaleza ética, de cara al bicentenario de nuestra independencia.

En esa dirección, nuestra institucionalidad ya es un ejemplo de consolidación, al igual que la constante actualización de nuestro Código de Ética. Los esfuerzos deben ahora encaminarse a obtener que el Poder Ejecutivo envíe al Congreso Nacional el proyecto de ley que regule a los colegios profesionales y cree los tribunales especiales

que juzgarán a quienes no pertenezcan a colegio profesional alguno. Sólo así podrá ser enmendado el profundo error cometido por las autoridades en el año 1981, época en que se privó a los colegios profesionales de sus facultades para sancionar las infracciones a las normas que regulan la ética profesional, entregándoselas a los Tribunales de Justicia.

Nos daremos por satisfechos en esta materia si durante el mandato de la actual Mesa Directiva Nacional se alcanza este objetivo.

DR. PABLO RODRÍGUEZ WHIPPLE
Presidente
Colegio Médico de Chile (A.G.)

MENSAJE DEL PRESIDENTE DEL COLEGIO MÉDICO DE CHILE AL H. CONSEJO GENERAL

Han transcurrido más de cinco lustros desde que el H. Consejo General del Colegio Médico de Chile aprobara, en noviembre de 1983, el Código de Ética que nos ha regido hasta el día de hoy. Este cuerpo normativo, inspirado en principios éticos universales, ha servido de orientación fundamental para los médicos de nuestro país en el desarrollo de un correcto ejercicio profesional.

El reconocimiento social del vigente Código Deontológico ha trascendido más allá del ámbito puramente médico, no siendo pocas las sentencias de los tribunales de justicia que resolviendo materias propias de su competencia, han recurrido a sus preceptos como fundamento sustancial del fallo.

Sin embargo, en estos años, profundos cambios se han producido en nuestra sociedad, alcanzando aquéllos también al ejercicio de la medicina. Así, han surgido nuevas formas de ejercicio profesional que, muchas veces, suelen entrar en conflicto con los principios éticos clásicos. Del mismo modo, nuevos actores, tales como empresas aseguradoras y megacentros de salud, han irrumpido en el ámbito médico, generando situaciones que requieren ser abordadas desde un punto de vista normativo.

Todas estas consideraciones han llevado a la Mesa Directiva Nacional que presido a solicitar al Departamento de Ética del Colegio Médico de Chile (A.G.) la preparación del Proyecto de Código de Ética que someto a vuestra aprobación. Esta trascendental tarea fue asumida con gran entusiasmo y dedicación por los integrantes de dicho Departamento, doctores Julio Montt Momberg, Lionel Bernier Villarroel, Mauricio Besio Rollero, Eduardo Rosselot Jaramillo y Carlos Valenzuela Yuraidin, con la asesoría del abogado Sr. Adelio Misseroni Raddatz.

El Proyecto que presento ha tenido como principal fuente inspiradora el vigente Código de Ética, sin perjuicio de consultar también otros

cuerpos normativos éticos extranjeros. En efecto, se ha tratado de una actualización del vigente Código, recogiendo las nuevas realidades médicas, e incorporando la copiosa doctrina elaborada por el Departamento de Ética en todos estos años, así como la experiencia acumulada en el conocimiento y resolución de los numerosos procesos que se han desarrollado al interior de nuestra Orden en más de veinte años de actividad.

Adicionalmente, durante el presente año, se han producido otros cambios normativos fundamentales en nuestra institución, que hacen imprescindible la modificación del vigente Código de Ética. Como es de vuestro conocimiento, en el mes de abril de este año, los Estatutos del Colegio Médico de Chile fueron profundamente modificados, reforzándose la presencia de los Consejos Regionales en los principales órganos directivos de la Orden y separando las funciones gremiales de las jurisdiccionales éticas. Con este propósito, fueron creados los Tribunales Regionales y el Tribunal Nacional de Ética, órganos encargados de conocer las infracciones a la ética profesional y de aplicar las sanciones correspondientes, dictándose por este H. Consejo General el Reglamento que regula la constitución y funcionamiento de estos Tribunales, así como los procedimientos aplicables. Esta nueva estructura jurisdiccional hace imprescindible adecuar el Código de Ética a las nuevas disposiciones estatutarias y reglamentarias vigentes.

Este proyecto consta de un Preámbulo, relativo a los principios generales que regulan el ejercicio profesional médico, y de diez títulos, el primero de los cuales se refiere al Objeto y Ámbito de Aplicación del presente Código.

El Título II se refiere a los Deberes Generales del Médico, haciendo especial hincapié en el deber de respetar la vida humana desde su inicio y hasta su término.

El Título III regula las Relaciones del Médico con sus Pacientes, destacando entre las reglas generales de comportamiento los principios de confianza, libertad y autonomía. Asimismo, se perfecciona la norma

que sanciona al médico que actúe con negligencia, imprudencia o impericia, definiendo de manera más acabada estas conductas y señalando aquéllas que quedan excluidas de estas categorías.

En este Título se consagra, asimismo, un párrafo dedicado a la Información y al Consentimiento, destacando especialmente la autonomía del paciente para aceptar o rechazar pruebas diagnósticas y tratamientos.

En materia de Secreto Profesional, se introducen importantes modificaciones. Se impone al médico el deber de garantizar el anonimato de los pacientes a quienes se haga referencia en publicaciones científicas, reuniones clínicas y presentaciones públicas, y se establece que sólo con el consentimiento de aquéllos puede el médico revelar su identidad. Asimismo, se prohíbe a los facultativos participar en la constitución de bancos de datos sanitarios que no garanticen suficientemente la confidencialidad de la información, como también suscribir convenios de prestación de servicios profesionales que obliguen a entregar información sujeta a secreto profesional. Cabe destacar también que no son consideradas válidas aquellas autorizaciones de carácter genérico, otorgadas por los pacientes con anterioridad a los hechos que las motivan, o insertas en contratos de adhesión celebrados con instituciones de salud. Por último, se establecen ciertas situaciones de excepción en las cuales el médico puede develar información sobre su paciente, después de una debida deliberación.

Concluye el Título III con un párrafo relativo a Honorarios Profesionales, donde se exige total transparencia en su determinación, destacando que el objetivo primordial del acto médico es buscar la salud del paciente, no pudiendo tener como fin exclusivo el lucro. Asimismo, se mantiene el deber ético de solidaridad entre médicos, prohibiéndose el cobro de honorarios respecto de colegas y ciertos familiares, estableciéndose, eso sí, el deber de solicitar previamente en forma personal dicha atención, con el objeto de evitar abusos.

En el Título IV, sobre Publicidad Profesional e Información al Público, se prohíbe al facultativo toda forma de publicidad, directa o indirecta, señalándose expresamente ciertas conductas que merecen especial reproche desde el punto de vista ético.

A las Relaciones con Empresas de Productos Clínicos y Farmacéuticos se refiere el Título V. A este respecto, debemos destacar los límites que se establecen a la posibilidad de aceptar donaciones o invitaciones, las cuales jamás pueden limitar o coartar la independencia profesional del médico.

En el Título VI se introducen nuevas disposiciones sobre Investigación Científica. En esta materia, deberá siempre obtenerse el consentimiento informado del sujeto de investigación y respetarse plenamente su autonomía, aplicándose aquellas normas nacionales e internacionales ratificadas por el Colegio Médico de Chile.

El Título VII se refiere a las Relaciones del Médico con sus Colegas y con los demás Profesionales de la Salud, las cuales deben siempre basarse en el respeto, deferencia, lealtad y consideración recíprocos, siendo deber de todo médico defender a aquel colega que haya sido injustamente atacado o denunciado.

De Algunas Formas Especiales de Ejercicio Profesional trata el Título VIII. Estos profesionales deben tener especial cuidado para que sus actuaciones no vulneren los imperativos éticos establecidos en el Código de nuestra Orden. Así, los facultativos que desarrollen actividades de carácter médico legal, de control o de auditoria, deberán comunicar expresamente a la persona involucrada en la diligencia la naturaleza de la función que realizan y las posibles consecuencias de su gestión.

Finalmente, los Títulos IX y X se refieren a las Relaciones del Médico con el Colegio Médico de Chile y a las Sanciones y su Ejecución. A este respecto, cabe destacar que es obligación de todo médico acatar los acuerdos y resoluciones de la Orden, constituyendo falta grave a la ética médica ejecutar acciones que propendan a la división del

gremio. En cuanto a las sanciones, en virtud de lo preceptuado por los nuevos Estatutos del Colegio Médico de Chile, se introduce la pena de inhabilitación para desempeñar cargos gremiales, la cual puede variar entre uno y tres años, y será siempre accesoria a la de suspensión de la calidad de asociado, cuando ésta fuere igual o superior a seis meses. La aplicación de las sanciones corresponde a los Tribunales de Ética del Colegio Médico de Chile (A.G.), de conformidad con la nueva estructura interna aprobada.

Este es el Proyecto de Código de Ética que someto a vuestra consideración y aprobación, instrumento indispensable para guiar la conducta profesional de nuestros asociados.

Santiago, 25 de noviembre de 2004.

DR.JUAN LUIS CASTRO GONZÁLEZ
Presidente
Colegio Médico de Chile (A.G.)

PREÁMBULO

El Código de Ética del Colegio Médico A.G. es el conjunto de preceptos de carácter moral que regula la conducta de los colegiados en el ejercicio de la profesión, inspirados en principios y valores éticos reconocidos universalmente.

El respeto a la vida y a la persona humana son fundamentos básicos en el ejercicio profesional de los médicos. Los principios éticos que gobiernan sus actos los obligan a defender al ser humano ante el dolor, el sufrimiento y la muerte prematura evitable, sin discriminaciones de ninguna índole.

El decoro, la dignidad y la integridad moral en todas sus acciones, y el bien del paciente como su preocupación esencial, constituyen los rasgos más relevantes del perfil del médico. Asimismo, debe siempre observar en su actuación un desempeño prudente y comprensivo, capaz de garantizar la pertinencia y calidad de su atención, asumiendo el compromiso moral de mantener sus conocimientos permanentemente actualizados.

Estos atributos deberán ser constantemente fortalecidos, para así cumplir su vocación de servicio y solidaridad con la comunidad en la cual se desempeñe.

TÍTULO I
OBJETO Y ÁMBITO DE APLICACIÓN

Artículo 1. El Código de Ética del Colegio Médico de Chile (A.G.) es el conjunto de disposiciones, inspiradas en principios éticos universales, que regula la conducta del médico en el ejercicio de su profesión y en sus relaciones con la sociedad.

Artículo 2. El presente Código se aplicará a todos los médicos cirujanos que tengan la calidad de asociados al Colegio Médico de Chile (A.G.), de conformidad con sus estatutos, reglamentos y acuerdos aprobados por los organismos competentes.

Artículo 3. Los principios y normas de ética médica contenidos en los acuerdos de los organismos internacionales, ratificados por el Colegio Médico de Chile (A.G.), servirán para ilustrar las normas éticas del presente Código.

Artículo 4. El Colegio Médico de Chile (A.G.), por disposición estatutaria, tiene el deber de velar por el prestigio de la profesión y por su correcto ejercicio por parte de los asociados, a quienes asiste, en consecuencia, la obligación de acatar las decisiones y acuerdos que adopten los organismos competentes de la Orden en tales materias.

Artículo 5. Son competentes para conocer de las infracciones a la ética profesional y aplicar las sanciones contempladas en este Código, los Tribunales Regionales y el Tribunal Nacional de Ética del Colegio Médico de Chile (A.G.).

Un reglamento, aprobado por los dos tercios de los miembros en ejercicio del Consejo General, regulará la constitución y el funcionamiento de estos Tribunales, y el procedimiento aplicable.

Artículo 6. Las disposiciones de este Código se presumen de pleno derecho conocidas por todos los médicos, quienes no podrán, por consiguiente, alegar ignorancia de las mismas.

TÍTULO II
DEBERES GENERALES DEL MÉDICO

Artículo 7. El médico, tanto en su ejercicio profesional como en su vida pública, debe observar un comportamiento acorde con la moral, el decoro y el prestigio de la medicina.

Artículo 8. El respeto de la vida humana desde su inicio y hasta su término constituye el fundamento básico del ejercicio profesional médico.

Toda intervención médica realizada durante los nueve meses de gestación, deberá velar siempre por el mejor interés de la madre y del hijo.

Artículo 9. El médico no podrá realizar acciones cuyo objetivo directo sea poner fin a la vida de un paciente bajo consideración alguna.

Artículo 10. Falta a la ética profesional el médico que apoye, consienta o participe en la práctica de torturas u otras formas de procedimientos crueles, inhumanos o degradantes, cualquiera sea la ofensa que se impute a la víctima y las circunstancias invocadas, incluyendo conflicto armado o guerra civil.

El médico no podrá proveer medio alguno tendiente a facilitar las conductas descritas en el inciso precedente, o a disminuir la capacidad de la víctima para resistir a tales procedimientos.

El médico no deberá estar presente antes, durante o después de cualquier procedimiento en que la tortura u otras formas de tratamientos crueles, inhumanos o degradantes sean utilizados como amenaza.

Artículo 11. Falta a la ética el médico que aconseje o participe en la procuración de órganos humanos para ser trasplantados, si dicha acción lleva involucrada fines de lucro.

Artículo 12. El médico debe obrar siempre con honradez y buena fe. No ha de afirmar o negar con falsedad, hacer citas inexactas o tendenciosas, ni hacer certificaciones falsas.

Artículo 13. El médico deberá mantener su capacidad clínica, conocimientos, habilidades y destrezas actualizados, y utilizar todos los medios técnicos y científicos a su alcance para lograr una atención óptima e integral de sus pacientes. Cuando sea necesario, deberá recurrir a la interconsulta para una mejor atención.

Artículo 14. En la atención institucional, el médico procurará armonizar su ejercicio profesional con las normas de la institución, siempre que éstas no contravengan las disposiciones del presente Código.

Artículo 15. Constituirá preocupación preferente del médico prestar su colaboración al progreso de la ciencia y sus acciones deberán ser destinadas a elevar el nivel de la salud del país

Artículo 16. Bajo ningún pretexto o circunstancia podrá el médico asociarse, ni siquiera transitoriamente, con quienes ejerzan ilegalmente la profesión.

TÍTULO III
DE LAS RELACIONES DEL MÉDICO CON SUS PACIENTES

1. Reglas generales de comportamiento

Artículo 17. El médico atenderá profesionalmente a su paciente en una relación de confianza y respeto, que garantice la libertad y autonomía de ambos.

Artículo 18. El médico deberá prestar atención profesional a toda persona enferma que lo requiera y no podrá eludir dicha atención cuando no exista otro colega que se haga cargo del enfermo.

Artículo 19. El facultativo que acepte atender a un paciente se compromete a garantizar la continuidad de sus servicios.

La pérdida de confianza y de respeto entre médico y paciente pone en riesgo la continuidad y la calidad de la atención. En tal caso, el facultativo deberá procurar que otro colega se haga cargo del paciente, para lo cual le transmitirá toda la información necesaria para una correcta atención.

Artículo 20. El médico a quien se solicitaren prestaciones que vayan en contra de su conciencia o de su convencimiento clínico, podrá negarse a intervenir. En estas circunstancias, procurará que otro colega continúe asistiendo al paciente, salvo que ello produjere graves e inmediatos daños para la salud del enfermo.

Artículo 21. Ningún médico, por la naturaleza de la ciencia y arte que profesa, puede asegurar la precisión de su diagnóstico, ni garantizar la curación del paciente.

Artículo 22. Falta a la ética el médico que en la atención de un enfermo actúe con negligencia, imprudencia o impericia.

Será negligente aquel profesional que poseyendo el conocimiento, las destrezas y los medios adecuados, no los haya aplicado.

Actúa con imprudencia aquel médico que poseyendo los recursos y preparación necesarios para la atención de un paciente, los aplicare inoportuna o desproporcionadamente, como también si, careciendo de los recursos o preparación adecuados, efectuare una atención sometiendo al paciente a un riesgo innecesario.

Un diagnóstico equivocado, o el fracaso de un tratamiento o de cualquier otra acción médica, habiéndose usado todos los elementos disponibles, no constituye necesariamente negligencia.

Constituye impericia la falta de los conocimientos o destrezas requeridas para el acto médico de que se trata.

La falta de recursos tecnológicos, cuya existencia no dependa del médico tratante, no acarrea responsabilidad alguna para el facultativo.

No obstante, es deber de todo médico comunicar formalmente a sus superiores jerárquicos las deficiencias del sistema sanitario en que trabaja, cuando éstas puedan afectar la adecuada atención de los pacientes.

Artículo 23. Toda persona tiene derecho a morir dignamente. Por consiguiente, los procedimientos diagnósticos y terapéuticos deberán ser proporcionales a los resultados que se pueda esperar de ellos.

El médico procurará siempre aliviar el sufrimiento y el dolor del paciente, aunque con ello haya riesgo de abreviar la vida.

Ante la inminencia de una muerte inevitable, es lícito que el médico, en conciencia, tome la decisión de no aplicar tratamientos que procuren únicamente una prolongación precaria y penosa de la existencia, debiendo procurar al enfermo los cuidados paliativos inherentes a la dignidad de todo ser humano, hasta el final de sus días.

Si se comprobare la muerte cerebral de un paciente, el médico estará autorizado para suspender todo procedimiento terapéutico.

2. Información y consentimiento

Artículo 24. El médico tratante deberá informar a su paciente de manera veraz y en lenguaje comprensible acerca de:

a) Su identidad, el área de su competencia profesional y sus límites, y

b) El diagnóstico, alternativas de tratamiento, sus riesgos y beneficios, y el pronóstico de su enfermedad.

Cuando la atención sea realizada en equipo, uno de sus integrantes será responsable de establecer la interlocución principal con el paciente.

Toda información que a juicio del médico pudiere causar sufrimiento grave al paciente, deberá ser proporcionada con prudencia, utilizando expresiones mesuradas.

La voluntad del paciente de no ser informado, o la de delegar en otra persona la información, deberá ser respetada.

Artículo 25. Toda atención médica deberá contar con el consentimiento del paciente.

En caso de procedimientos diagnósticos o terapéuticos que entrañen un riesgo significativo para el paciente, el médico le proporcionará información adicional de los beneficios y riesgos del mismo, con el fin de obtener su consentimiento específico, imprescindible para practicarlos.

Artículo 26. Es recomendable que el facultativo consigne siempre el consentimiento del paciente por escrito, debiendo proceder necesariamente de esta forma cuando dicho consentimiento sea exigido por la ley.

Artículo 27. Si el paciente no estuviese en condiciones de dar su consentimiento por ser menor de edad, por estar incapacitado o por la urgencia de la situación, y no es posible obtenerlo de su familia, el médico deberá prestar los cuidados que le dicte su conciencia profesional.

La opinión del menor de edad deberá ser considerada, atendiendo a su edad y grado de madurez.

Artículo 28. El derecho del paciente a rechazar total o parcialmente una prueba diagnóstica o un tratamiento deberá ser respetado, debiendo el médico, en todo caso, informar al paciente, de manera comprensible, las consecuencias que puedan derivarse de su negativa. En esta circunstancia, el facultativo no abandonará al enfermo, debiendo procurar que se le presten los cuidados generales necesarios.

En casos de urgencia médica impostergable, el médico actuará en conciencia, protegiendo el derecho a la vida del paciente.

3. Secreto Profesional

Artículo 29. El secreto profesional es un deber inherente al ejercicio de la profesión médica y se funda en el respeto a la intimidad del paciente, quien devela información personal, en la medida que ésta es útil para el tratamiento de su enfermedad.

Artículo 30. En la relación entre médico y paciente es condición indispensable asegurar la confidencialidad de toda información que surja en la atención profesional, siendo el médico responsable de su cautela. Este deber se extiende a todos aquellos documentos en que se registren datos clínicos, diagnósticos, terapéuticos y pronósticos.

Esta información confidencial puede ser entregada cuando es solicitada por el paciente o cuando él lo autorice. Cuando se requiera la asistencia de otros profesionales, deberá solicitarse al paciente su consentimiento para transmitir esta información.

Artículo 31. El médico debe guardar confidencialidad de toda información relativa a su paciente, ya sea que la obtenga de un relato verbal de aquél, o en virtud de los exámenes o intervenciones quirúrgicas que le practique.

El secreto profesional incluye, además, el nombre del paciente y constituye para el médico una obligación que debe respetar, incluso, después de concluidos sus servicios profesionales, o una vez fallecido el paciente.

Artículo 32. El facultativo deberá siempre adoptar todas aquellas medidas que sean necesarias para cautelar la confidencialidad de la información recibida, debiendo procurar que sus colaboradores mantengan discreción y guarden la misma confidencialidad.

Artículo 33. El médico procurará que en los sistemas de registro la información sujeta a secreto profesional sea consignada separadamente de la información meramente administrativa.

Artículo 34. Es deber del médico garantizar que los pacientes a que se haga referencia en publicaciones científicas, reuniones clínicas y presentaciones públicas permanezcan en el anonimato. Con todo, si fuere imprescindible revelar la identidad de algún paciente, el facultativo deberá contar siempre con el consentimiento escrito de aquél.

Artículo 35. Ningún médico podrá participar en la constitución de bancos de datos sanitarios, en los cuales la reserva de la confidencialidad no esté garantizada.

Artículo 36. El médico no podrá suscribir convenios de prestación de servicios profesionales, si éstos lo obligan a entregar información sujeta a secreto profesional.

Artículo 37. Sólo con autorización escrita del paciente el médico podrá develar la información sujeta a secreto profesional. Aquélla deberá precisar cuál es la información que se autoriza develar y quiénes pueden acceder a ella.

La autorización deberá ser firmada por el paciente o, en caso de incompetencia comprobada, por la persona que lo subrogue.

En ningún caso se aceptarán como válidas las autorizaciones genéricas, otorgadas con anterioridad a los hechos que las motivan, o insertas en contratos de adhesión celebrados con instituciones financiadoras o proveedoras de prestaciones de salud.

Artículo 38. Excepcionalmente, y después de una debida deliberación, el médico podrá develar información sobre su paciente, en los siguientes casos:

a) Cuando se trate de enfermedades de declaración obligatoria;
b) Cuando así lo ordenen los Tribunales de Justicia;
c) Cuando sea necesario para las certificaciones de nacimientos o defunciones;
d) Cuando fuere imprescindible para evitar un perjuicio grave para el paciente o terceros, y

e) Cuando la revelación de datos confidenciales sea necesaria para su defensa, ante tribunales ordinarios, administrativos o gremiales, en juicios provocados por el paciente.

4. Honorarios profesionales

Artículo 39. En el ejercicio libre de la profesión, a falta de estipulación convencional entre las partes, el valor de los honorarios por los servicios prestados será determinado por el médico.

Este valor deberá ser establecido con tacto y mesura, y dependerá de la importancia y circunstancias del servicio prestado, así como de la calificación del profesional y de la situación económica del paciente.

Artículo 40. Falta gravemente a la ética profesional el médico que exija el pago de honorarios por prestaciones no realizadas.

Artículo 41. El médico deberá siempre respetar los valores mínimos y máximos establecidos para cada prestación en el Arancel de Prestaciones del Colegio Médico de Chile (A.G.), si lo hubiere.

Artículo 42. El acto médico, cuyo objetivo primordial es prestar un servicio buscando la salud del paciente, no podrá tener como fin exclusivo el lucro.

Artículo 43. Es recomendable que el médico dé a conocer al paciente el monto de sus honorarios con antelación y que éstos sean aceptados por aquél.

El médico deberá proporcionar toda la información que el paciente solicite acerca de sus honorarios y costo del tratamiento.

El médico no podrá negarse a otorgar recibo por los honorarios percibidos.

Artículo 44. Los honorarios por una prestación médica o quirúrgica no pueden estar supeditados al resultado de la prestación misma.

Artículo 45. Cuando varios médicos participen en un examen o tratamiento, los honorarios deberán ser presentados separadamente, según las acciones realizadas.

Artículo 46. Falta a la ética el médico que cobre o pague a otro profesional por la derivación de pacientes, o reciba comisiones por realizar exámenes complementarios.

Artículo 47. Falta a la ética el facultativo que cobre honorarios por la atención de sus colegas, o de los padres, cónyuges o hijos de aquéllos, siempre que estas atenciones sean canceladas del peculio del médico, y sin perjuicio del derecho que le asiste a recuperar los gastos en que haya incurrido.

El médico tratante deberá realizar esta atención con esmero y en forma oportuna.

Para hacer efectiva está práctica solidaria, el médico deberá solicitar en forma personal la atención para él o su familiar.

TÍTULO IV
DE LA PUBLICIDAD PROFESIONAL
Y DE LA INFORMACIÓN AL PÚBLICO

Artículo 48. Velar por la salud del paciente constituye deber primordial del médico en su ejercicio profesional. Por consiguiente, la publicidad destinada a obtener pacientes revela que el interés pecuniario está por sobre el interés propio de la profesión médica.

Artículo 49. Se prohíbe al médico toda forma de publicidad, directa o indirecta, destinada a obtener ventajas personales o para los establecimientos de salud en los cuales ejerza su actividad.

El médico sólo podrá dar a conocer en forma sobria y veraz su nombre, especialidad, lugar de trabajo y horario de atención, sin utilizar recursos adicionales con el objeto de captar pacientes.

Artículo 50. La difusión de todo trabajo científico deberá hacerse en las correspondientes publicaciones científicas, siendo contraria a la ética profesional su divulgación directa y anticipada por la prensa no especializada, radiotelefonía, televisión, medios electrónicos o cualquier otro medio de información similar.

Artículo 51. Falta a la ética profesional aquel médico que apareciere en medios de comunicación masivos, cuando resulte evidente que su objetivo no es otro que la captación de pacientes. Por consiguiente, son consideradas conductas reprobables:

a) La aparición en esa clase de medios, con fines publicitarios, previa solicitud, aceptación o financiamiento del médico;
b) La aparición de un facultativo en algún medio de comunicación o aviso haciendo publicidad a productos farmacéuticos, insumos o equipos médicos, y
c) La aparición en publicidad de instituciones o empresas de salud, cuando el profesional pueda ser beneficiado económicamente por ello.

Artículo 52. Corresponderá a las sociedades científicas y organismos especializados la promoción de aquellas conductas saludables que vayan en beneficio de la comunidad.

Artículo 53. El médico podrá publicar en los medios de comunicación un anuncio informando la dirección de una nueva consulta. En todo caso, este anuncio deberá realizarse de manera sobria, no pudiendo revestir jamás un carácter publicitario.

TÍTULO V
DE LAS RELACIONES CON EMPRESAS DE PRODUCTOS CLÍNICOS Y FARMACÉUTICOS

Artículo 54. El médico mantendrá siempre una relación de independencia profesional con las empresas productoras o distribuidoras de artículos de uso clínico o farmacéuticos. Las decisiones que afecten a sus pacientes deberán siempre velar por

los intereses de éstos, no pudiendo jamás perseguir la obtención de beneficios personales.

Artículo 55. El médico sólo podrá aceptar donaciones modestas o invitaciones a reuniones o congresos, proporcionadas por empresas de productos clínicos o farmacéuticos, cuando aquéllas no limiten o coarten su independencia profesional.

Artículo 56. El facultativo sólo podrá aceptar el financiamiento total o parcial de programas de formación profesional, por parte de empresas de productos médicos o instituciones de salud privadas, cuando dichos programas sean impartidos por instituciones académicas reconocidas, y siempre que este financiamiento sea conocido por todos los interesados. En todo caso, su aceptación no deberá jamás comprometer su libertad profesional para velar por el interés superior del paciente.

Infringe la ética profesional el médico que aceptare financiamiento, total o parcial, de actividades ajenas a la profesión médica, por parte de empresas de productos clínicos o farmacéuticos, tales como viajes con fines turísticos, u otras similares.

Incurre en la misma infracción el profesional que aceptare donaciones que no se avengan con aquéllas que, según la costumbre, sea lícito aceptar, atendiendo a la cuantía y naturaleza del objeto donado.

Artículo 57. El facultativo deberá poner en conocimiento del Colegio Médico de Chile (A.G.) toda acción de empresas de productos clínicos o farmacéuticos que tienda a limitar su independencia profesional, o supedite su acción médica al favorecimiento de los intereses de aquéllas.

TÍTULO VI
DE LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

Artículo 58. Todo médico que intervenga en investigaciones científicas en seres humanos o animales deberá respetar las normas éticas

nacionales e internacionales ratificadas por el Colegio Médico de Chile (A.G.).

En todo caso, la inclusión de un paciente en una investigación clínica deberá respetar las normas que rigen la obtención del consentimiento informado.

El médico no podrá jamás utilizar su ascendiente sobre un paciente con el objeto de involucrarlo en investigaciones científicas.

Artículo 59. Es obligación del médico indicar el retiro de un paciente que participa en una investigación científica, si advierte riesgo de daño o deterioro para su salud o la de su comunidad.

Artículo 60. Cuando un facultativo participe en una investigación científica, deberá consultar al médico tratante del sujeto de investigación para que manifieste su parecer sobre la conveniencia de su inclusión y sobre los perjuicios que ésta pudiere acarrear.

TÍTULO VII
DE LAS RELACIONES DEL MÉDICO CON SUS COLEGAS Y CON LOS DEMÁS PROFESIONALES DE LA SALUD

Artículo 61. Las relaciones entre médicos deben basarse siempre en el respeto, deferencia, lealtad y consideración recíprocos, cualquiera sea la vinculación jerárquica existente entre colegas.

La solidaridad entre médicos es uno de los deberes primordiales de la profesión, y sobre ella sólo tiene precedencia el bien del paciente.

Artículo 62. Todo médico tiene la obligación de defender a aquel colega que reciba ataques o denuncias injustas.

Constituye falta a la ética criticar con terceros, de manera despectiva, las actuaciones profesionales de un colega. Hacerlo en presencia de pacientes, familiares, o públicamente, se considerará circunstancia agravante.

Igualmente, constituye falta a la ética cualquier acto que, directa o indirectamente, pretenda difamar, injuriar o calumniar a un colega en su integridad o ejercicio profesional.

Artículo 63. Las discrepancias profesionales deben ser discutidas en privado o en reuniones técnicas.

Si las discrepancias entre colegas fueren de naturaleza ética, podrán acudir a los Tribunales de Ética del Colegio Médico de Chile para que intervengan como mediadores en estos conflictos.

Artículo 64. Todo profesional tiene el derecho de denunciar ante el Tribunal de Ética correspondiente, en forma objetiva y discreta, las infracciones a la ética médica y a las reglas que rigen la práctica profesional, en que hubiere presumiblemente incurrido un colega.

Artículo 65. Es obligación de todo médico entregar los informes clínicos que los colegas soliciten cuando el paciente ha decidido cambiar de facultativo o recurrir a una interconsulta, sin perjuicio de cumplir, asimismo, con las obligaciones establecidas en el art. 28.

Artículo 66. Es deber del médico colaborar en la formación de sus colegas, no pudiendo reservarse conocimientos o técnicas útiles para el ejercicio de la medicina.

Artículo 67. Todo médico a quien corresponda intervenir, en virtud de sus funciones, en el nombramiento o exoneración de un colega, tanto en el sector público como en el privado, como, asimismo, en su calificación o ascenso, deberá actuar con justicia, respetando la dignidad de aquél y las normas legales vigentes.

Artículo 68. El ejercicio de la medicina no debe dar lugar a actuaciones médicas innecesarias.

Sin perjuicio de las posibles responsabilidades subsidiarias, la responsabilidad deontológica no desaparece ni se diluye por el hecho de trabajar en equipo.

La jerarquía existente en un equipo asistencial no podrá constituir motivo de dominio, exaltación personal ni delegación de responsabilidades.

Quien ostente la dirección del equipo asistencial cuidará de que exista un ambiente de rigurosidad ética y de tolerancia hacia las opiniones profesionales divergentes. Asimismo, deberá aceptar que un integrante del equipo se rehuse a intervenir cuando oponga una objeción razonada de ciencia o de conciencia.

Artículo 69. Infringen la ética médica aquellos facultativos que constituyan o dirijan agrupaciones profesionales en las que se promueva o permita la explotación de alguno de sus miembros.

TÍTULO VIII
DE ALGUNAS FORMAS ESPECIALES DE EJERCICIO PROFESIONAL

Artículo 70. Los médicos que desempeñen cualquier actividad relacionada con la medicina y la salud, no vinculada necesariamente con la atención directa de pacientes, deberán cuidar que las consecuencias de sus actos y decisiones no vulneren los imperativos éticos establecidos en el presente Código.

Artículo 71. Los facultativos que desarrollen actividades de carácter médico legal, de control o de auditoria, deberán comunicar expresamente a la persona involucrada en la diligencia respectiva la naturaleza de la función que realizan y las posibles consecuencias que para el afectado conlleve su gestión.

TÍTULO IX
DE LAS RELACIONES DEL MÉDICO CON EL COLEGIO MÉDICO DE CHILE

Artículo 72. Es obligación de todo médico acatar los acuerdos y resoluciones de la Asamblea General, del Consejo General, de la Mesa Directiva Nacional y de los Consejos Regionales del Colegio

Médico de Chile (A.G.), y cumplir con lo preceptuado por sus estatutos y reglamentos. Asimismo, tiene el deber de cumplir las resoluciones de los Tribunales de Ética de la institución, y de comparecer ante esta instancia toda vez que su presencia y colaboración sea requerida.

Artículo 73. La representación del Gremio Médico corresponde al Colegio Médico de Chile (A.G.), a través de su Consejo General, de la Mesa Directiva Nacional y del Presidente de la Orden, dentro de los términos previstos por sus estatutos, y de conformidad con la legislación vigente.

Ningún médico podrá, aún aduciendo circunstancias extraordinarias, arrogarse la representación del Colegio Médico de Chile (A.G.).

Artículo 74. Constituyen faltas a la ética todas aquellas conductas que vulneren las normas que rigen las relaciones del médico con el Colegio Médico de Chile (A.G.) y, en especial, las siguientes:

a) No acatar los acuerdos y resoluciones de la Asamblea General, del Consejo General, de la Mesa Directiva Nacional, del respectivo Consejo Regional y de los Tribunales de Ética de la Orden, y
b) Asumir actitudes o ejecutar acciones que dañen el prestigio del Colegio Médico, o de sus dirigentes, o que propendan a la desunión o división del Gremio, a la disminución del prestigio de sus miembros, o que involucren daño inmerecido para la profesión médica.

Artículo 75. Constituye una obligación de moral gremial el eficiente y esmerado desempeño de los cargos de representación dentro del Gremio.

TÍTULO X
DE LAS SANCIONES Y DE SU EJECUCIÓN

Artículo 76. Los Tribunales de Ética del Colegio Médico de Chile (A.G.) deberán preocuparse, con igual celo, tanto de acoger las reclamaciones fundadas que se hagan contra los miembros de

la Orden, como de proteger a éstos de las imputaciones falsas, injuriosas o calumniosas que sobre ellos recaigan por sus actuaciones profesionales o gremiales.

Se procurará siempre buscar las soluciones más equitativas y justas, dando satisfacción al reclamante o rehabilitando moral y profesionalmente al colega afectado, según corresponda.

Artículo 77. Las sanciones por las contravenciones a las normas de ética profesional son:

a) Amonestación;
b) Censura;
c) Multa;
d) Suspensión de la calidad de asociado;
e) Inhabilitación para desempeñar cargos gremiales, y
f) Expulsión del Colegio Médico de Chile.

Artículo 78. La amonestación consiste en la reprensión por escrito y sin publicidad que se hace al responsable de la conducta realizada.

La censura consiste en igual medida, pero acompañada de publicidad.

Ambas sanciones tienen, además, el valor de una advertencia en orden a que el responsable ponga el debido cuidado en su comportamiento profesional, que será objeto de atención en lo sucesivo.

Artículo 79. La multa, que se impondrá en beneficio del Consejo General del Colegio Médico de Chile, no podrá ser inferior a dos unidades tributarias mensuales ni superior a diez.

Artículo 80. La suspensión de la calidad de asociado podrá variar entre un mes y dos años. El sancionado deberá continuar pagando todas las cuotas sociales, pero no tendrá derecho a ejercer ninguna de las facultades ni gozar de los beneficios que la calidad de asociado al Colegio Médico de Chile le confiere.

Esta sanción lleva siempre consigo la de inhabilitación para desempeñar cargos gremiales por todo el tiempo que dure la suspensión, o por el plazo mayor que el Tribunal de Ética determine.

Artículo 81. La inhabilitación para desempeñar cargos gremiales podrá ser temporal o perpetua. El Tribunal de Ética que conozca de la causa determinará la duración de la inhabilitación temporal, en su caso.

Artículo 82. Por la expulsión del Colegio Médico de Chile el médico sancionado deja de pertenecer definitivamente a la institución.

Con todo, transcurridos diez años desde la aplicación de esta pena, el afectado podrá solicitar al Tribunal Nacional de Ética su reincorporación. Esta medida deberá ser acordada por los dos tercios de sus miembros en ejercicio, y siempre que, de los antecedentes acompañados por el solicitante, aparezca que ha tenido una irreprochable conducta durante el período posterior a su expulsión.

Artículo 83. Quien hubiere recibido alguna sanción tres o más veces en un período de tres años, o en cinco oportunidades en cualquier lapso, que no sea la de expulsión del Colegio Médico de Chile, será sancionado precisamente con ésta, todo en proceso que el Tribunal de Ética correspondiente deberá seguir de oficio, si no fue previamente requerido.

Artículo 84. La pena de amonestación se ejecutará mediante una comunicación escrita remitida por el presidente del Tribunal que dictó la sentencia en última instancia al condenado, en la que le reprochará su conducta y le advertirá en orden a que ponga el debido cuidado en su comportamiento profesional, que será objeto de atención en lo sucesivo.

De la misma manera se ejecutará la pena de censura, con el agregado de la publicación de copias de la comunicación escrita en lugares públicos frecuentados por los médicos, como hospitales, consultorios y clínicas, y en las publicaciones periódicas del Colegio Médico de

Chile. En atención a la gravedad de las conductas sancionadas, el Tribunal podrá disponer la publicación del oficio en periódicos.

Artículo 85. Las sanciones serán aplicadas tomando en consideración la gravedad de la conducta, la concurrencia de atenuantes o agravantes y el grado de participación del acusado en el hecho.

Artículo 86. No se aplicará sanción alguna al médico cuando, a juicio del Tribunal de Ética correspondiente, concurran causales eximentes de responsabilidad ética. Para los efectos de establecer estas causales se considerará los principios de equidad.

Artículo 87. Salvo en el caso de la amonestación, las demás penas incluirán la publicidad de su contenido, en la forma establecida en el inciso 2º del artículo 84, una vez concluido totalmente el procedimiento.

Artículo 88. Ejecutoriada que quede una sentencia que impuso multas, el presidente del Tribunal comunicará el hecho de su imposición y su monto al Tesorero del respectivo Consejo Regional, o al Tesorero General del Colegio Médico de Chile, según sea el caso, y le remitirá una copia autorizada de la sentencia, con el fin de percibir la multa.

CÓDIGO INTERNACIONAL DE ÉTICA MÉDICA DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL

CÓDIGO INTERNACIONAL DE ÉTICA MÉDICA

Adaptado por la 3ª Asamblea General de la AMM Londres, Inglaterra, octubre de 1949 y enmendado por la 22ª Asamblea Médica Mundial Sydney, Australia, agosto de 1968 y la 35ª Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, octubre 1983 y la asamblea General de la AMM, Pilanesberg, Sudáfrica, octubre de 2006.

DEBERES DE LOS MÉDICOS EN GENERAL

EL MEDICA siempre BEBE aplicar su opinión profesional independiente y mantener el más alto nivel de conducta profesional.

EL MEDICO DEBE respetar el derecho del paciente competente a aceptar o rechazar un tratamiento.

EL MEDICO NO DEBE permitir que su opinión sea influenciada por beneficios personal o discriminación injusta.

EL MEDICO DEBE dedicarse a proporcionar un servicio médico competente, con plena independencia profesional y moral, con compasión y respeto por la dignidad humana.

EL MEDICO DEBE tratar con honestidad al paciente y colegas, e informar a las autoridades apropiadas sobre los médicos que practiquen en forma antética e incompetente o a los que incurran en fraude o engaño.

EL MEDICO NO DEBE recibir ningún beneficio financiero ni otro incentivo sólo por derivar pacientes o prescribir productos específicos.

EL MEDICO DEBE respetar los derechos y preferencias del paciente, de los colegas y de otros profesionales de la salud.

EL MEDICO DEBE reconocer su importante función en la educación de la opinión pública, pero debe obrar con la debida cautela al divulgar

descubrimientos o nuevas técnicas, o tratamientos a través de canales no profesionales.

EL MEDICO DEBE Certificar sólo lo que he verificado personalmente.

EL MEDICO DEBE esforzarse por utilizar los recursos de salud de la mejor manera para beneficios de los pacientes y su comunidad.

EL MEDICO DEBE buscar atención y cuidado apropiado si sufre una enfermedad mortal o física.

EL MEDICO DEBE respetar los códigos de ética locales y nacionales.

DEBERES DE LOS MÉDICOS HACIA LOS PACIENTES

EL MEDICO DEBE recordar siempre la obligación de respetar la vida humana.

EL MEDICO DEBE considerar lo mejor para el paciente cuando presente una atención médica.

EL MEDICO DEBE a sus pacientes toda sus lealtad y todo los recursos científicos disponibles para ellos. Cuando un examen o tratamiento sobre su capacidad, el médico debe consultar o derivar a otro médico calificado en la materia.

EL MEDICO DEBE respetar el derecho del paciente a la confidencialidad ético revelar información confidencial cuado el paciente otorga sus consentimientos o cuando existe una amenaza real o inminente de daño para el paciente u otro s y esta amenaza sólo puede eliminarse con la violación del secreto.

EL MEDICO DEBE prestar atención de urgencia como deber humanitario, a menos que esté seguro que otros médicos puede y quiere prestar dicha atención.

EL MEDICO DEBE en situaciones cuando represente a terceros, asegurarse que el paciente conozca cabalmente dicha situación.

EL MEDICO NO DEBE tener relaciones sexuales con sus pacientes actuales, ninguna otra relación abusiva o de explotación.

DEBERES DE LOS MÉDICOS HACIA LOS COLEGAS

EL MEDICO DEBE comportarse hacia sus colegas como él desearía que ellos se comportasen con él.

EL MEDICO NO DEBE dañar la relación médico-paciente de los colegas a fin de atraer pacientes.

EL MEDICO DEBE cuando sea medicamento necesario, comunicarse con los colegas que atiende al mismo paciente. Esta comunicación debe respetar la confidencialidad del paciente y limitarse a la información necesaria.

NORMAS ÉTICAS INTERNACIONALES Y DOCUMENTOS DEL DEPARTAMENTO DE ÉTICA DEL COLEGIO MÉDICO DE CHILE (A.G.)

NORMAS ÉTICAS INTERNACIONALES Y DOCUMENTOS DEL DEPARTAMENTO DE ÉTICA DEL COLEGIO MÉDICO DE CHILE (A.G.)

(Los documentos que a continuación se señalan pueden ser consultados en la página web del Colegio Médico de Chile www.colegiomedico.cl)

Normas éticas internacionales

1. DECLARACIÓN UNIVERSAL DE DERECHOS HUMANOS (Aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948)

2. CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO (Adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989)

3. CÓDIGO DE NÜREMBERG: NORMAS ÉTICAS SOBRE EXPERIMENTACIÓN EN SERES HUMANOS (Nüremberg, 20 de agosto de 1947)

4. DECLARACIÓN DE HELSINKI: PRINCIPIOS ÉTICOS PARA LAS INVESTIGACIONES EN SERES HUMANOS (Adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial Helsinki, Finlandia, junio 1964 y enmendada por la 29ª Asamblea Médica Mundial Tokio, Japón, octubre 1975; 35ª Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, octubre 1983; 41ª Asamblea Médica Mundial Hong Kong, septiembre 1989; 48ª Asamblea General Somerset West, Sudáfrica, octubre 1996, y la 52ª Asamblea General Edimburgo, Escocia, octubre 2000. Nota de Clarificación del Párrafo 29, agregada por la Asamblea General de la AMM, Washington 2002. Nota de Clarificación del Párrafo 30, agregada por la Asamblea General de la AMM, Tokio 2004)

5. PAUTAS ÉTICAS INTERNACIONALES PARA LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN SERES HUMANOS (Preparadas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS)

en colaboración con la Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2002)

6. PRINCIPIOS GUÍAS INTERNACIONALES PARA LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN ANIMALES (Preparados por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas, CIOMS, Ginebra, 1985)

7. DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL SOBRE MALTRATO Y ABANDONO DEL NIÑO (Adoptada por la 36ª Asamblea Médica Mundial, Singapur, octubre de 1984)

8. DECLARACIÓN DE LOS MÉDICOS DE FRANCIA RESPECTO A LA VIDA HUMANA (Asociación de Médicos por el respeto a la vida humana, París, 5 de junio de 1979)

9. DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL SOBRE LA ORIENTACIÓN GENÉTICA Y LA INGENIERÍA GENÉTICA (Adoptada por la 39ª Asamblea Médica Mundial, Madrid, octubre de 1987)

10. DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL SOBRE ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA (Adoptada por la 40ª Asamblea Médica Mundial, Viena, septiembre de 198)

11. DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL SOBRE LA DEFENSA Y SECRETO DEL PACIENTE (Adoptada por la 45ª Asamblea Médica Mundial, Budapest, 1993)

12. DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE ACADEMIAS DE MEDICINA (ALANAM) SOBRE ÉTICA EN MEDICINA (Aprobada por el Consejo Directivo de la Asociación Latinoamericana de Academias de Medicina, Quito, 28-30 de mayo de 1983)

13. DECLARACIÓN DE GINEBRA DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL (Adoptada por la 2ª Asamblea General de la AMM, Ginebra, septiembre 1948 y enmendada por la 22ª Asamblea Médica Mundial, Sydney, agosto 1986 y la 35ª Asamblea Médica

Mundial, Venecia, octubre 1983 y la 46ª Asamblea General de la AMM, Estocolmo, septiembre de 1994)

14. DOCE PRINCIPIOS DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL SOBRE LA PRESTACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA EN CUALQUIER SISTEMA NACIONAL DE ATENCIÓN MÉDICA (Adoptados por la 17ª Asamblea Médica Mundial, Nueva York, octubre 1963 y enmendados por la 35ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, octubre de 1983)

15. DECLARACIÓN DE HAWAI DE LA ASOCIACIÓN MUNDIAL DE PSIQUIATRAS SOBRE IMPLICANCIAS ÉTICAS ESPECÍFICAS DE LA PSIQUIATRÍA (Adoptada por la Asociación Mundial de Psiquiatras, Hawai, 197)

16. DECLARACIÓN DE VENECIA DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL SOBRE ENFERMEDAD TERMINAL (Adoptada por LA 35ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, octubre de 1983)

17. DECLARACIÓN DE LISBOA SOBRE LOS DERECHOS DEL PACIENTE (Adoptada por la 34ª Asamblea Médica Mundial, Lisboa, septiembre octubre de 1983)

18. DECLARACIÓN DE HONG KONG DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL SOBRE EL MALTRATO DE ANCIANOS (Adoptada por la 41ª Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 1989)

19. DECLARACIÓN DE MALTA DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL SOBRE LAS PERSONAS EN HUELGA DE HAMBRE (Adoptada por la 43ª Asamblea Médica Mundial, Malta, noviembre de 1991 y revisada por la 44ª Asamblea Médica Mundial, Marbella, España, septiembre de 1992)

20. DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL SOBRE LA EUTANASIA (Adoptada por la 39ª Asamblea Médica Mundial, Madrid, octubre de 1987)

21. DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL SOBRE EL SUICIDIO CON AYUDA MÉDICA (Adoptada por la 44ª Asamblea Médica Mundial, Marbella, España, septiembre de 1992)

22. CONVENCIÓN CONTRA LA TORTURA Y OTROS TRATOS O PENAS CRUELES INHUMANOS O DEGRADANTES (Aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1984)

23. DECLARACIÓN DE TOKIO DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL: NORMAS DIRECTIVAS PARA MÉDICOS CON RESPECTO A LA TORTURA Y TRATOS CRUELES, INHUMANOS O DEGRADANTES O CASTIGOS IMPUESTOS SOBRE PERSONAS DETENIDAS O ENCARCELADAS (Adoptada por la 29ª Asamblea Médica Mundial, Tokio, octubre de 1975 y revisada en su redacción por la 170ª Sesión del Consejo Divonne-les-Bains, mayo de 2005)

24. RESOLUCIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL SOBRE LA PARTICIPACIÓN DEL MÉDICO EN LA PENA DE MUERTE (Adoptada por la 34ª Asamblea Médica Mundial, Lisboa, septiembre de 1981 y enmendada por la 52ª Asamblea General de la AMM, Edimburgo, octubre de 2000

25. PRINCIPIOS DE ÉTICA MÉDICA APLICABLES A LA FUNCIÓN DEL PERSONAL DE SALUD, ESPECIALMENTE LOS MÉDICOS, EN LA PROTECCIÓN DE PERSONAS PRESAS Y DETENIDAS CONTRA LA TORTURA Y OTROS TRATOS O PENAS CRUELES, INHUMANOS O DEGRADANTES (Adoptados por la Asamblea General de las Naciones Unidas, el 18 de diciembre de 1982)

Documentos del Departamento de Ética del Colegio Médico de Chile (aprobados por el H. Consejo General, destinados a ilustrar las disposiciones del Código de Ética)

1. Aborto
   - Interrupción del embarazo como medida terapéutica en caso de gestantes con riesgo de muerte al continuar la gravidez.

2. Ficha Clínica
   - Derecho a la información y reserva de información contendida en la ficha clínica

3. Licencia Médica
   - Otorgamiento y visado de licencias médicas
   - Régimen legal aplicable a las licencias médicas: otorgamiento de licencia falsa

4. Medicamentos
   - Ética de la prescripción médica y sustitución de medicamentos genéricos

5. Publicidad
   - Publicidad y profesión médica: un análisis ético

6. Reforma de Salud
   - Crítica al proceso de gestación de las leyes para la reforma de salud
   - Aspectos de la Reforma de Salud propuesta por el Gobierno que ameritan una reflexión ética

7. Segunda Consulta
   - Sobre el cobro de segunda consulta al paciente que presenta exámenes

8. Televisión
   - Televisión y profesión médica, un análisis ético de los programas que exhiben acciones médicas

REGLAMENTO DE TRIBUNALES DE ÉTICA DEL COLEGIO MEDICO DE CHILE (A.G.)

REGLAMENTO DE TRIBUNALES DE ÉTICA DEL COLEGIO MÉDICO DE CHILE (A.G.)

Aprobado en Sesión Ordinaria de Consejo General Nº 35, Acuerdo Nº 109, de 24 de junio de 2004. Modificado en Sesión Ordinaria de Consejo General Nº 37, Acuerdo Nº 116, de 23 de julio de 2004; en Sesión Ordinaria de Consejo General Nº 5, Acuerdo Nº 47, de 25 de noviembre de 2005; en Sesión Ordinaria de Consejo General Nº 17, Acuerdo Nº 140, de 26 de enero de 2007; en Sesión Ordinaria de Consejo General Nº 21, Acuerdo Nº 163, de 27 de julio de 2007, y en Sesión Ordinaria de Consejo General Nº 1, Acuerdo Nº 21, de 29 de agosto de 2008

PREÁMBULO

Desde la creación del Colegio Médico de Chile por disposición de la Ley Nº 9.263, de 1948, y hasta la dictación del Decreto Ley Nº 3.621, de 1981, el control sobre la ética del comportamiento profesional de todos los médicos cirujanos del país fue ejercido por nuestra Institución, siendo, además, obligatoria la afiliación para el ejercicio de la profesión.

El mencionado Decreto Ley, que privó a los Colegios Profesionales de sus facultades para sancionar las infracciones a las normas que regulan la ética profesional, estimó que las facultades jurisdiccionales para velar por el cumplimiento de aquellas normas podían ser idóneamente ejercidas por los Tribunales de Justicia. Transcurridos más de veinte años, los hechos han demostrado cuan equivocada fue aquella apreciación.

En la actualidad, existe conciencia entre los diversos actores sociales sobre la necesidad de llenar el vacío que se produjo al privar a los Colegios Profesionales de sus funciones de tutela ética sobre sus afiliados. En efecto, se encuentra actualmente en tramitación en el Congreso Nacional un proyecto de reforma constitucional que pretende restituir a las Asociaciones Gremiales de Profesionales las facultades de control ético que les fueran arrebatadas hace más de cinco lustros.

En este contexto, la creación de Tribunales de Ética del Colegio Médico de Chile, encargados del conocimiento de las denuncias por

infracciones a las normas deontológicas que rigen la conducta de los médicos afiliados a nuestra Institución, cobra especial relevancia y constituye un gran desafío para la organización.

El Departamento de Ética del Colegio Médico, previendo la necesidad de legislar sobre la materia, se abocó, a partir del mes de noviembre de 2003, a la discusión de un cuerpo normativo que regulara dichos Tribunales de Ética, con el objeto de sustituir, en definitiva, a los Consejos Regionales y al Consejo General en la sustanciación de las causas por infracciones a la ética profesional.

Asimismo, es del caso hacer presente que, por acuerdo unánime de la Asamblea General Extraordinaria del Colegio Médico de Chile, celebrada con fecha 24 de abril de 2004, se decidió incluir en los Estatutos de la Orden la creación de Tribunales Regionales y de un Tribunal Nacional de Ética, competentes para conocer de las infracciones a la ética profesional y aplicar las sanciones correspondientes, entregando a la potestad reglamentaria del H. Consejo General, la regulación de estos Tribunales y del procedimiento aplicable.

El Reglamento que sometemos a la aprobación del H. Consejo General persigue dos objetivos fundamentales: separar la actividad netamente gremial de la jurisdiccional ética y dar celeridad a los procesos. Para lograr el primer objetivo, se establece una serie de inhabilidades, con el objeto de garantizar la debida independencia de estos Tribunales, garantizando, además, la inamovilidad de sus miembros. El segundo de los objetivos señalados se logra mediante un procedimiento sencillo, flexible y expedito, que garantiza, obviamente, el debido proceso.

En diversas oportunidades se ha sometido a la consideración del H. Consejo General la aprobación del proyecto de Reglamento sobre Tribunales de Ética elaborado por el Departamento de Ética del Colegio Médico, pero, hasta ahora, su aprobación ha sido postergada. Esperamos que, en esta oportunidad, nuestra Institución pueda, finalmente, contar con una institucionalidad adecuada a los nuevos desafíos que se vislumbran.

Departamento de Ética del Colegio Médico de Chile (A.G.)
Santiago, junio de 2004

TÍTULO I
DE LOS TRIBUNALES DEL COLEGIO MÉDICO DE CHILE COMPETENTES PARA EL CONOCIMIENTO DE LAS INFRACCIONES A LA ÉTICA PROFESIONAL

Artículo 1. Son competentes para conocer de las infracciones a la ética profesional y aplicar las penas contempladas en el Código de Ética del Colegio Médico de Chile, los Tribunales Regionales de Ética, en primera instancia, y el Tribunal Nacional de Ética, en segunda, sin perjuicio de las materias que, según el artículo 4 Nº 2, serán conocidas por este último Tribunal en única instancia.

Artículo 2. Por afiliarse una persona al Colegio Médico de Chile se somete a la jurisdicción disciplinaria del Tribunal de Ética competente, incluso para el caso de que haya renunciado a él dentro de los tres meses anteriores a la presentación de una reclamación en su contra, o de que, ya entablada, renuncie con posterioridad a la institución, de modo que permanecerá sujeto a la jurisdicción disciplinaria de sus Tribunales hasta cuando la reclamación sea resuelta en última instancia.

Sin perjuicio de lo señalado en el inciso anterior, aquellos médicos que no se encuentren afiliados al Colegio Médico de Chile podrán ser invitados por el Tribunal de Ética que corresponda a someterse voluntariamente a su jurisdicción disciplinaria, en caso de presuntas infracciones a la ética profesional.

Artículo 3. Existirá un Tribunal Regional en cada uno de los Consejos Regionales en que se divida el Colegio Médico de Chile, el cual será competente para conocer, en primera instancia, de las infracciones a la ética profesional producidas en su respectivo territorio jurisdiccional, para fallarlas y para ejecutar lo juzgado, cualquiera sea el Consejo Regional al cual se encuentre afiliado el médico denunciado.

Los conflictos de competencia que se susciten entre dos o más Tribunales de Ética serán resueltos por el Tribunal Nacional.

Si por cualquier motivo un Tribunal se ve impedido de conocer un asunto determinado, el Tribunal Nacional de Ética determinará el Tribunal Regional competente para su conocimiento.

Artículo 4. Existirá un Tribunal Nacional de Ética, con sede en la ciudad de Santiago, que conocerá:

1. En segunda instancia, por vía de apelación o consulta, de las causas de que hayan conocido en primera los Tribunales Regionales de Ética;
2. En única instancia:
   a) De las infracciones a la ética profesional en que incurran los miembros de los Tribunales Regionales y del Tribunal Nacional de Ética, y
   b) De las causas sobre destitución de los miembros de los Tribunales Regionales de Ética, por notable abandono de sus deberes.
   c) De las infracciones a la ética profesional en que incurran los miembros del Consejo General, de la Mesa Directiva Nacional y de los Consejos Regionales.
   d) De las infracciones a la ética profesional cuando los hechos hayan producido conmoción pública, siempre que así lo acuerde la Mesa Directiva Nacional, por la unanimidad de sus miembros, o el H. Consejo General, con el voto conforme de los dos tercios de sus integrantes.

De las causas sobre destitución de los miembros del Tribunal Nacional de Ética, por notable abandono de sus deberes, conocerá el Consejo General del Colegio Médico de Chile. La destitución deberá ser acordada por los dos tercios de los Consejeros Generales en ejercicio.

Artículo 5. Los Tribunales Regionales estarán integrados por tres, cinco, siete o nueve miembros, según acuerdo de efecto trienal de la Mesa Directiva de cada Consejo Regional, tomado en atención al número previsible de causas.

El Tribunal Nacional de Ética, por su parte, estará integrado por cinco miembros.

Uno de los miembros, elegido por el Tribunal mismo, será su presidente, quien permanecerá un año en tal cargo y para el cual no podrá ser reelegido para el período inmediatamente siguiente.

Artículo 6. Los miembros de los Tribunales Regionales y del Tribunal Nacional deberán ser sujetos de reconocida sujeción a la ética en su comportamiento personal y profesional.

Artículo 7. Para ser designado miembro de un Tribunal de Ética se requerirá:

a) Ser médico habilitado para el ejercicio de la profesión y estar afiliado al Colegio Médico de Chile desde a lo menos cinco años ininterrumpidos, contados hacia atrás desde la fecha de elaboración de la lista a que se refiere el artículo 10;
b) Estar al día en el pago de las cuotas sociales, salvo el caso de exención, de conformidad con las disposiciones estatutarias y reglamentarias vigentes;
c) No haber sido jamás condenado, ni estar actualmente procesado, por crimen o simple delito;
d) No haber recibido nunca las sanciones de multa, suspensión de la calidad de asociado, inhabilitación para desempeñar cargos gremiales o expulsión del Colegio Médico de Chile, ni las de amonestación o censura en los últimos cinco años; y
e) Estar afiliado al Consejo Regional cuyo Tribunal se trata de integrar, y tener domicilio en su respectivo territorio jurisdiccional. Para ser miembro del Tribunal Nacional de Ética bastará con tener domicilio en el territorio nacional.

Artículo 8. No podrán ser miembros de los Tribunales de Ética aquellos profesionales que desempeñen los cargos de Presidente de la República, Senadores, Diputados, Ministros de Estado, Subsecretarios, Secretarios Regionales Ministeriales, Intendentes, Gobernadores, Alcaldes, Jefes Superiores de Servicios Públicos y

todo aquel que desempeñe cargos de la exclusiva confianza de estos funcionarios.

Tampoco podrán ser miembros de los Tribunales de Ética los directores de hospitales autogestionados; los presidentes regionales, nacionales o miembros de los organismos directivos centrales de partidos políticos; los directores y ejecutivos de establecimientos privados de salud, los directores, ejecutivos o médicos contralores de una Isapre, ni aquellos profesionales que desempeñen funciones directivas en el Colegio Médico de Chile.

Las inhabilidades establecidas en los incisos precedentes cesarán transcurrido un año desde la finalización de las funciones indicadas.

Los miembros de los Tribunales de Ética no podrán desempeñar simultáneamente funciones directivas en el Colegio Médico de Chile, debiendo renunciar a su cargo al momento de aceptar una candidatura a miembro de Mesa Directiva Nacional, o a Consejero General o Regional.

Artículo 9. Los miembros de los Tribunales de Ética permanecerán tres años en sus cargos, pudiendo ser reelegidos.

Artículo 10. Los miembros de los Tribunales Regionales de Ética serán elegidos por acuerdo del Consejo Regional respectivo, mediante voto secreto, de una lista de candidatos elaborada por el propio Consejo, la cual deberá contener, a lo menos, el doble de candidatos que es necesario seleccionar. En caso de igualdad de votos, será preferido aquel candidato de más antigua afiliación al Colegio Médico de Chile; si persistiere la igualdad, decidirá la suerte. De la misma forma se cubrirán las vacantes que se produjeren en el Tribunal por fallecimiento, renuncia o destitución de sus titulares, caso en el cual la lista contendrá, a lo menos, el doble de candidatos necesarios para cubrir las respectivas vacantes.

Para los efectos de elegir a los miembros de los Tribunales Regionales de Ética, el Consejo Regional deberá confeccionar la lista de candidatos a que se refiere el inciso precedente, a más tardar dentro

del decimoquinto día anterior a la fecha en que expire el respectivo nombramiento. En caso de expirar el cargo de juez por alguna de las causas señaladas en los numerales 2, 3, 4 y 5 del artículo 11, la lista de candidatos para llenar la vacante producida será elaborada dentro de los quince días siguientes de expirado el cargo.

Los miembros del Tribunal Nacional de Ética serán elegidos por acuerdo del Consejo General, de la misma forma prevista en los dos incisos anteriores.

Artículo 11. El cargo de juez expira:

1. Por vencimiento del plazo previsto en el artículo 9;
2. Por destitución, en virtud de juicio seguido ante el Tribunal Nacional de Ética por notable abandono de sus funciones;
3. Por haber dejado de cumplir con alguno de los requisitos señalados por las letras b), c), d) o e) del artículo 7;
4. Por incurrir en alguna de las inhabilidades mencionadas en el artículo 8; y
5. Por renuncia al cargo.

Artículo 12. El Consejo General, en el caso del Tribunal Nacional de Ética, y los Consejos Regionales, en el caso de los Tribunales Regionales, designarán jueces interinos por tiempo determinado, cuando falten titulares, a petición del Tribunal respectivo.

Artículo 13. Los miembros de los Tribunales de Ética deben abstenerse de expresar y aun de insinuar privadamente su juicio respecto de las causas que son llamados a fallar.

Deben igualmente abstenerse de dar oído a toda alegación que las partes, o terceras personas a nombre o por influencia de ellas, intenten hacerles al margen del proceso.

Artículo 14. El Tribunal deberá contar con un secretario, de preferencia abogado, que tendrá las siguientes funciones:

1. Dar cuenta inmediatamente al Tribunal de las solicitudes que presentaren las partes;
2. Autorizar las resoluciones que sobre dichas solicitudes recayeren, y hacerlas saber a las partes, o a sus apoderados, que acudieren a la oficina para tomar conocimiento de ellas, anotando en el proceso las notificaciones que hicieren;
3. Dar conocimiento a cualquiera de las partes que lo solicitare, o a sus apoderados, de los procesos que tengan archivados en sus oficinas, y de todos los actos emanados del Tribunal, salvo los casos en que el procedimiento deba ser secreto;
4. Custodiar los procesos y todos los documentos y papeles que sean presentados al Tribunal, sujetándose a las órdenes e instrucciones que el Tribunal respectivo les diere sobre el particular;
5. Autorizar los poderes judiciales que puedan otorgarse ante ellos;
6. Realizar la cuenta a que se refiere el artículo 43, y
7. Las demás que las instrucciones del Tribunal Nacional de Ética determinen.

Los Tribunales Regionales que no cuenten con abogados deberán designar como secretario a cualquiera de sus miembros, o a cualquier otro médico colegiado que reúna los requisitos para ser miembro de un Tribunal Regional.

Artículo 15. Los Tribunales de Ética deberán funcionar, para conocer y decidir los asuntos que les estén encomendados, con un número que no sea inferior a la mayoría absoluta de los miembros que integran el Tribunal respectivo, y sus resoluciones se adoptarán por mayoría absoluta de votos conforme.

Si la mitad de los votos se uniforma a favor del denunciado, ya sea para absolverlo, ya sea para imponerle una pena menor que la que le asignan los votos de los demás jueces, aquella opinión formará sentencia.

Los Tribunales de Ética celebrarán sus acuerdos privadamente, con asistencia del secretario.

Artículo 16. Se entenderá terminado el acuerdo cuando se obtenga la mayoría establecida en el inciso primero del artículo 15. Obtenido este resultado, se procederá en la forma establecida por los artículos 37, inciso segundo y 38.

Artículo 17. Para el conocimiento de los asuntos de su competencia, los Tribunales Regionales de Ética que cuenten con más de cinco miembros podrán dividirse en dos o más salas, de tres miembros cada una, a lo menos, siempre que el número de causas ingresadas así lo aconseje. Para todos los efectos, cada sala representará al Tribunal pleno.

Artículo 18. Los Tribunales Regionales funcionarán en la sede del respectivo Consejo Regional y el Tribunal Nacional de Ética funcionará en la sede del Consejo General del Colegio Médico de Chile. Con todo, podrán practicar diligencias en cualquier otro lugar que determinen, debiendo dar suficiente noticia de ello a los interesados.

Artículo 19. Los jueces de los Tribunales Regionales y del Tribunal Nacional de Ética percibirán la compensación económica que anualmente determine el Consejo General del Colegio Médico de Chile.

Artículo 20. Los gastos de funcionamiento de los Tribunales de Ética serán determinados en el presupuesto que anualmente elabore el Consejo General y apruebe la Asamblea General Ordinaria.

Artículo 21. Los Tribunales de Ética del Colegio Médico de Chile, al igual que los Departamentos y demás organismos de la Orden, no podrán efectuar declaraciones públicas ni conceder entrevistas a los medios de prensa sino a través de la Mesa Directiva Nacional o de los Consejos Regionales respectivos, según se trate del Tribunal Nacional o de los Tribunales Regionales de Ética.

TÍTULO II
DE LOS PROCEDIMIENTOS ANTE LOS TRIBUNALES DE ÉTICA DEL COLEGIO MÉDICO DE CHILE

1. Reglas generales

Artículo 22. Las normas del presente párrafo son comunes a los Tribunales Regionales de Ética y al Tribunal Nacional de Ética del Colegio Médico de Chile, salvo que en algún caso queden especificadas tan solo con respecto a alguno de éstos.

Artículo 23. Los Tribunales sólo actuarán en días y horas hábiles, salvo que circunstancias excepcionales, debidamente justificadas, exijan que ciertas diligencias se practiquen en horas inhábiles.

Todos los días son hábiles, excepto los sábados, domingos, festivos y aquellos comprendidos en el mes de febrero.

Son horas hábiles las comprendidas entre las 8:30 y las 21:30 horas.

Artículo 24. Por regla general, las notificaciones se practicarán por fax o correo electrónico. Pero puede el Tribunal ordenar que una notificación sea llevada a cabo personalmente por medio de una persona de su confianza designada al efecto por el propio Tribunal. La primera notificación en una causa y la notificación de las sentencias definitivas se hará siempre por carta certificada.

Los denunciados deberán fijar en su primera presentación o comparecencia un domicilio dentro del radio urbano en que el Tribunal ejerza sus funciones y un número de fax o dirección de correo electrónico. Si no dieren cumplimiento a esta obligación, se harán las notificaciones por carta certificada al domicilio registrado en el Colegio Médico de Chile.

Artículo 25. Los Tribunales tendrán el deber de garantizar un racional y justo procedimiento, de modo de nada decidir en el proceso sin haber escuchado a todas sus partes.

Artículo 26. Ningún incidente del juicio, de cualquier naturaleza que sea, suspenderá su tramitación, y todos serán fallados en la sentencia definitiva. Sin perjuicio de lo anterior, los incidentes de implicancia, recusación e incompetencia serán resueltos por el Tribunal a más tardar dentro de quinto día, suspendiéndose la tramitación de la causa.

Artículo 27. Durante el proceso no podrá entablarse recurso alguno en contra de las resoluciones del Tribunal, salvo el de reposición, contemplado en el artículo 32, y el de rectificación de errores de hecho, que deberá interponerse dentro del plazo de cinco días, contado desde la notificación de la resolución respectiva, y será resuelto por el mismo Tribunal, sin suspender la tramitación de la causa.

Con todo, durante el proceso, las partes podrán protestar ante el Tribunal sobre hechos que consideren lesivos a sus intereses procesales, y solicitar que se deje constancia fehaciente de su protesta.

Artículo 28. En las causas que conozcan los Tribunales de Ética, el procedimiento será reservado y el expediente se mantendrá bajo custodia, incluso después de concluido, de modo que a él sólo tendrán acceso los miembros del Tribunal, el personal especialmente autorizado, el denunciante, el denunciado y sus abogados patrocinantes.

Lo cual se entenderá sin perjuicio de tener que disponer el Tribunal la publicación del contenido de las sentencias condenatorias, salvo si la pena impuesta fuere la de amonestación, o de poder ordenar la publicidad del contenido de una sentencia absolutoria como vindicación de los absueltos, lo que hará en todo caso si el interesado lo pidiere, a su costa.

Artículo 29. Los Tribunales de Ética podrán disponer que el expediente de determinado proceso radicado en cualquier otro Tribunal de Ética, Regional o Nacional, sea traído a su vista para mejor resolver en aquel del cual actualmente conocen, siempre que se haya dictado

sentencia de término. El Tribunal requerido deberá dar cumplimiento a lo solicitado dentro del plazo de diez días.

Artículo 30. Se considerarán causas de recusación de los jueces de los Tribunales de Ética, o de los secretarios, sólo las siguientes:

a) Tener cualquiera de ellos interés directo o indirecto en los hechos que se investigan;
b) Tener amistad íntima o enemistad manifiesta con cualquiera de los denunciados, y
c) Tener parentesco de consanguinidad hasta el cuarto grado y de afinidad hasta el segundo, inclusive, o de adopción con alguno de los denunciados.

Los miembros de los Tribunales y los secretarios podrán declararse implicados por alguna de las causas mencionadas precedentemente, o por algún otro hecho que a su juicio les reste imparcialidad.

Los incidentes de implicancia y de recusación serán resueltos por el Tribunal con prescindencia de los jueces y secretarios afectados, en el plazo de cinco días.

2. Del procedimiento de primera o única instancia

Artículo 31. Los Tribunales Regionales, y el Tribunal Nacional de Ética cuando conozca de una infracción a la ética profesional en única instancia, en los casos previstos por el artículo 4 Nº 2, podrán iniciar un procedimiento en contra de médicos afiliados, o de aquéllos que se encuentren en los casos previstos por el artículo 2, de oficio o a petición de parte.

Este procedimiento no podrá ser iniciado después de transcurrido un año, contado desde que se ejecutaron los actos que se trata de juzgar. Con todo, la parte denunciante podrá apelar de la resolución que declara inadmisible la denuncia por esta causa, pudiendo el Tribunal Nacional de Ética disponer la iniciación del procedimiento cuando, a su juicio, la gravedad de los hechos denunciados así lo aconsejare.

Artículo 32. Presentada una denuncia por infracción a la ética profesional, el Tribunal deberá calificar su admisibilidad dentro de los treinta días siguientes a su presentación, pudiendo declararla inadmisible de plano cuando ésta sea manifiestamente infundada. El denunciante podrá pedir reposición fundada dentro del plazo de diez días, contado desde la notificación de la resolución que declaró la inadamisibilidad y apelación en el carácter de subsidiaria de la reposición pedida y para el caso de que ésta no sea acogida.

Artículo 33. Declarada la admisibilidad de la denuncia, el Tribunal podrá encomendar a uno o más de sus miembros para que realicen una o más diligencias específicas, asesorados por el secretario. Estas diligencias deberán ser evacuadas e informadas al Tribunal, a más tardar dentro del plazo de veinte días, contado desde la dictación de la resolución que las decretó.

Artículo 34. Recibido el informe, o transcurrido el plazo señalado en el inciso anterior, el Tribunal citará a las partes a una audiencia de contestación, conciliación y prueba. La citación deberá ser notificada, a lo menos, diez días antes de la fecha de la audiencia, si el denunciado tiene domicilio en la ciudad en que funciona el Tribunal, o quince, si reside en otro lugar, comunicándole el contenido íntegro de la denuncia y todo otro antecedente pertinente que obre en poder del Tribunal.

La audiencia se celebrará con la parte que asista, debiendo el denunciante ratificar su denuncia.

En caso de inasistencia injustificada del denunciante, se le tendrá por desistido, pudiendo el Tribunal disponer el archivo inmediato de los antecedentes, salvo que, mediante resolución fundada, decida continuar de oficio el procedimiento.

Cada parte podrá solicitar por una sola vez y por motivos fundados, la suspensión de la audiencia. Esta solicitud deberá ser presentada por escrito al Tribunal con, a lo menos, cinco días de anticipación a la fecha de la audiencia respectiva.

Las partes podrán justificar su inasistencia a la audiencia decretada dentro de los cinco días siguientes a la fecha de su celebración. El Tribunal resolverá de plano y sin ulterior recurso acerca de la justificación presentada, debiendo citar a una nueva audiencia en caso de ser procedente.

Artículo 35. Producida la ratificación de la denuncia, se recibirá la contestación del denunciado, que podrá ser escrita, o se la dará por evacuada en rebeldía, en su ausencia.

Presentada la contestación del denunciado, el Tribunal llamará a las partes a conciliación, en caso de ser ésta procedente. De no producirse conciliación, se recibirán todas las pruebas ofrecidas por las partes, en presencia de los interesados, empezando por el denunciado y continuando en el orden que el Tribunal determine.

Artículo 36. Por regla general, la audiencia de conciliación, contestación y prueba constituye un solo acto, pudiendo el Tribunal decretar su suspensión y continuarla en el día y hora que determine.

Con todo, podrá el Tribunal decretar dos o más audiencias sucesivas, con citación de una o de ambas partes, si las circunstancias así lo aconsejaren.

Las partes deberán concurrir a la audiencia personalmente, pudiendo ser asesoradas por abogados, salvo que el Tribunal, a petición del interesado, decretare diversamente.

Artículo 37. Concluida la última de las audiencias decretadas, el Tribunal podrá fallar la causa en la misma audiencia, en la forma prevista por los artículos 15 y 16, comunicando verbalmente al denunciado el acuerdo adoptado, o bien fallarla dentro de los 15 días siguientes

Con todo, el Tribunal podrá decretar determinadas diligencias específicas, como medidas para mejor resolver, las cuales deberán ser evacuadas a más tardar dentro del plazo de veinte días.

Realizadas las diligencias decretadas, o transcurrido el plazo señalado sin que éstas hayan sido evacuadas, el Tribunal fallará la causa, pudiendo citar a las partes a una nueva audiencia.

Artículo 38. La redacción de la sentencia definitiva será efectuada por el secretario del Tribunal, el cual se ceñirá estrictamente a lo aceptado por la mayoría, consignando, además, el o los votos de minoría, si los hubiere.

Si se suscitare dificultad acerca de la redacción, será decidida por el Tribunal.

Aprobada la redacción, se firmará la sentencia por todos los miembros del Tribunal que hayan concurrido al acuerdo, y en ella se expresará, al final, el nombre del secretario que la hubiere redactado.

La aprobación de la redacción del fallo, su firma y posterior notificación por carta certificada al denunciado, deberán ser efectuadas dentro del plazo de diez días, contados desde la fecha del acuerdo respectivo.

Artículo 39. Los Tribunales fallarán de acuerdo con las normas éticas contenidas en el Código de Ética del Colegio Médico de Chile, y en otros instrumentos reconocidos por la institución e incorporados en sus publicaciones oficiales, y obedeciendo a lo que su prudencia y la equidad le dictaren, y no estarán obligados a guardar en sus procedimientos y en su fallo otras reglas que las expresadas en el presente título y en las instrucciones que sobre estas materias dictare el Tribunal Nacional de Ética.

Artículo 40. La sentencia definitiva contendrá:

1. La mención del Tribunal y la fecha de su dictación;
2. La identificación de las partes;
3. La enunciación breve de los hechos y circunstancias que hubieren sido objeto del proceso, y las defensas del denunciado;
4. La exposición de los hechos que se dieren por probados;
5. Las normas éticas que sirven de fundamento al fallo;

6. Las circunstancias eximentes, atenuantes o agravantes de responsabilidad;
7. La resolución que condenare o absolviere a cada uno de los denunciados;
8. La orden de consultar el fallo, en los casos previstos por el artículo 46, y
9. La firma de los jueces que la hubieren dictado.

Artículo 41. Las causas deberán quedar en estado de fallo en el plazo de noventa días, contados desde la fecha de la resolución que declaró la admisibilidad de la denuncia. Dicho plazo podrá ser prorrogado por una sola vez y por el plazo máximo de sesenta días, mediante resolución fundada del respectivo Tribunal. Vencido el plazo señalado o su prórroga, sólo el Tribunal Nacional de Ética, a petición del respectivo Tribunal Regional, podrá otorgar un plazo adicional y prudente, siempre que las circunstancias así lo aconsejen.

El incumplimiento de los plazos previstos en el inciso anterior no podrá ser invocado como causa para la invalidación del procedimiento, pero podrá ser considerado por el Tribunal Nacional de Ética como constitutivo de notable abandono de deberes, según lo previsto por el artículo 4º, número 2, letra b) de este Reglamento.

3. De la apelación y de la consulta

Artículo 42. En contra de las sentencias definitivas de los Tribunales Regionales de Ética procede recurso de apelación, el cual será interpuesto ante el Tribunal Regional que dictó el fallo definitivo, y será conocido y resuelto por el Tribunal Nacional de Ética. En contra de las sentencias definitivas que dicte este último Tribunal no procederá recurso alguno, sea que recaigan sobre aquellas materias de que conoce en única instancia, sea que se pronuncien sobre un determinado asunto en segunda instancia.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso precedente, en contra de las sentencias definitivas de primera, segunda o única instancia es siempre procedente recurso de rectificación de errores de hecho, el

cual será conocido por el mismo Tribunal que dictó el fallo recurrido, y fallado dentro del plazo de cinco días, contado desde la fecha de interposición del recurso.

Artículo 43. El recurso de apelación se interpondrá fundadamente en el plazo de diez días, si el recurrente tiene domicilio en la ciudad en que funciona el Tribunal, o de quince días, si reside en otro lugar, contado desde la notificación de la sentencia definitiva.

Los antecedentes deberán ser remitidos al Tribunal Nacional de Ética dentro de los cinco días siguientes a la presentación del recurso. Ingresados los antecedentes en el Tribunal de alzada, éste analizará con la sola cuenta del secretario los fundamentos de la apelación, declarándola inadmisible si no aparece fundada. En caso contrario, será acogida a tramitación en la forma señalada en el presente párrafo.

En los casos previstos por el artículo 46, si no se interpusiere recurso de apelación, los antecedentes deberán ser remitidos en consulta al Tribunal Nacional de Ética dentro del plazo de cinco días, contado desde la expiración del plazo para interponer el recurso de apelación.

Artículo 44. Declarada admisible la apelación, el Tribunal Nacional de Ética designará inmediatamente a un relator de entre sus miembros, y resolverá el recurso con su sola cuenta, a menos que, de oficio o a petición de parte, decida escuchar los alegatos de las partes, señalando día y hora para la vista de la causa, y ordenando la notificación de esta resolución a las partes.

Cada parte podrá solicitar por una sola vez y por motivos fundados, la suspensión de la vista de la causa. Esta solicitud deberá ser presentada por escrito al Tribunal con, a lo menos, cinco días de anticipación a la fecha decretada.

Las partes podrán justificar su inasistencia a la audiencia dentro de los cinco días siguientes a la fecha de su celebración. El Tribunal resolverá de plano y sin ulterior recurso acerca de la justificación presentada, debiendo citar a una nueva audiencia en caso de ser procedente.

Artículo 45. La vista de la causa se iniciará con una relación verbal de lo obrado en primera instancia, efectuada por el relator designado, quien podrá delegar total o parcialmente esta función en el secretario abogado, si lo hubiere.

Posteriormente, el Tribunal procederá a escuchar a los apelantes y a los apelados, sucesivamente, si hubieren concurrido a la audiencia.

Concluidas las intervenciones de las partes, el pleno deberá, en la misma audiencia, fallar la causa. El Tribunal procederá de acuerdo con lo prevenido por los artículos 36, 37, 38, 39 y 40 del presente Reglamento.

Artículo 46. Si la sanción impuesta por un Tribunal Regional de Ética fuere la de suspensión de los derechos de afiliado al Colegio Médico de Chile por un plazo igual o superior a seis meses, o la de inhabilitación para desempeñar cargos gremiales, o la de expulsión de la institución, la causa se elevará en consulta al Tribunal Nacional de Ética, aun cuando la sentencia que impone la pena no fuere apelada por el afectado, debiendo proceder en la forma prevista en el presente párrafo.

4. De las sanciones

Artículo 47. Las sanciones por las contravenciones a las normas de ética profesional y su ejecución serán reguladas por el Código de Ética del Colegio Médico de Chile.

Cuando corresponda la publicidad del contenido de una sanción, ésta será efectuada en la Revista Vida Médica y en la principal publicación periódica del Consejo Regional al que pertenezca el afectado, si la hubiere.

Artículo 48. Las sanciones serán aplicadas tomando en consideración la gravedad de la conducta, la concurrencia de atenuantes o agravantes y el grado de participación del acusado en el hecho.

Artículo 49. No se aplicará sanción alguna al médico, cuando a juicio del Tribunal Regional o del Tribunal Nacional, en su caso, concurran causales eximentes de responsabilidad ética. Para los efectos de establecer estas causales se considerarán los principios de equidad.

Artículo 50. El Tribunal Nacional de Ética deberá llevar un registro en el cual se anotarán las sanciones que hubieren sido impuestas por los Tribunales de Ética. Para estos efectos, dictará las instrucciones que determinen la forma de llevar este registro y su contenido.

5. De las Instrucciones y de la Interpretación

Artículo 51. El Tribunal Nacional de Ética podrá dictar las instrucciones que estime necesarias para el mejor funcionamiento de los Tribunales de Ética del Colegio Médico de Chile, siendo obligatorias para todos los Tribunales de Ética del País.

La simple interpretación de este Reglamento, del Código de Ética y de las demás disposiciones aplicables en casos de infracciones a la ética profesional, corresponderá al Tribunal Nacional de Ética.

Artículo final. Derógase el Reglamento Interno sobre Normas de Detalle que Regirán las Instrucciones de los Sumarios y toda otra disposición contraria al presente Reglamento.

ARTÍCULOS TRANSITORIOS

Artículo Primero. El presente Reglamento entrará en vigencia transcurridos treinta días, contados desde la aprobación por parte del Ministerio de Economía y Energía, de la Reforma de los Estatutos del Colegio Médico de Chile (A.G.), acordada en Asamblea General Extraordinaria de fecha 24 de abril de 2004.

Artículo Segundo. Las causas por infracciones a la ética profesional que se encuentren radicadas en el Consejo General y en los Consejos Regionales a la fecha de entrada en vigencia de este Reglamento, seguirán siendo conocidas por estos organismos, hasta la dictación

de la sentencia de término, siempre que se haya dado inicio al sumario, pudiendo designar como instructores a cualquier médico cirujano que se encuentre afiliado al Colegio Médico de Chile. En caso contrario, deberán remitirse los antecedentes al Tribunal de Ética que corresponda.

Artículo Tercero. Para los efectos de lo dispuesto por el inciso primero del artículo 5 de este Reglamento, y dentro del próximo cuadrienio, el Tribunal Regional de Ética de Santiago estará integrado por nueve miembros; los Tribunales Regionales de Valparaíso y Concepción por cinco cada uno, y los restantes Tribunales Regionales estarán constituidos por tres integrantes.

Artículo Cuarto. Dentro del plazo de sesenta días corridos, contados, desde la aprobación de este artículo, los Presidentes de los Consejos Regionales podrán solicitar al Consejo General la modificación de la composición de los Tribunales de Ética. Para tal efecto, la lista a que se refiere el artículo 10 de este Reglamento será confeccionada por el Presidente del Consejo Regional, correspondiendo al Consejo General la elección, en la forma prevista en el mencionado artículo 10.

Artículo Quinto. Se faculta a los abogados del Departamento Jurídico del H. Consejo General para que redacten un nuevo texto refundido del Reglamento de Tribunales de Ética del Colegio Médico de Chile, pudiendo complementar los artículos aprobados en la presente reforma y adecuar los preceptos vigentes con los nuevos que se acuerden, con el objeto de que las normas guarden entre sí la debida correspondencia y armonía.

APÉNDICE I:

DECLARACIÓN SOBRE EL PROFESIONALISMO MÉDICO

DECLARACIÓN SOBRE EL PROFESIONALISMO MÉDICO

Declaración conjunta de la Federación Europea de Medicina Interna, el American College of Physicians y la American Society of Internal Medicine (ACP-ASIM) y el American Board of Internal Medicine.

Los médicos actuales están experimentando frustración en la medida que los cambios en los sistemas de atención de salud en prácticamente todos los países industrializados, amenazan la naturaleza y los valores mismos del profesionalismo médico. Diversas reuniones entre la Federación Europea de Medicina Interna, el American College of Physicians y la American Society of Internal Medicine (ACP – ASIM) y el Americn Board of Internal Medicine (ABIM) han confirmado que la visión de los médicos respecto al profesionalismo es similar en muy diversos sistemas de otorgamiento de cuidados de salud. Compartimos la perspectiva de que el compromiso de la medicina con el paciente está siendo desafiada por las fuerzas de cambio externas en nuestras sociedades.

Recientemente, voces provenientes de muchos países han comenzado a clamar por un renovado sentido de profesionalismo, uno que sea activista en reformar los sistemas de atención de salud.

Respondiendo a este reto, la Federación Europea de Medicina Interna, la fundación ACP – ASIM y la Fundación ABIM han combinado esfuerzo para lanzar el Proyecto de Profesionalismo Médico http://www.professionalism.org a fines de 1999. Estas tres organizaciones designaron a miembros para elaborar una declaración que abarcara un conjunto de principios a los que los profesionales médicos pudieran y debieran aspirar. La declaración respalda los esfuerzos de los médicos para asegurar que los servicios de salud y los médicos que trabajan en ellos permanezcan comprometidos tanto con el bienestar de los pacientes como con las premisas básicas de la justicia social.

Más aún, se intenta que la declaración sea aplicable a diferentes cultural y sistemas políticos.

Preámbulo

El profesionalismo es la base del contrato de la Medicina con la Sociedad. Exige colocar el interés del paciente por sobre los del médico, estableciendo y manteniendo estándares de competencia e integridad, y proveyendo de asesoría experta a la sociedad en materias de salud. Los principios y responsabilidades del profesionalismo médico deben ser claramente entendidos tanto por los profesionales como por la sociedad. Es esencial en este contrato la confianza pública en el médico lo que depende tanto de la integridad de los médicos individualmente, como de toda la profesión.

Actualmente la profesión médica se ve enfrentada a una explosión tecnológica, a fuerzas del marcado cambiantes, a problemas en la provisión de cuidados de salud, al bioterrorismo y a la globalización. Resultado de ello, los médicos encuentran cada vez más difícil satisfacer sus responsabilidades con los pacientes y la sociedad.

En estas circunstancias, reafirmar los principios fundamentales del profesionalismo médico, que siguen siendo ideales procurados por todos los médicos, resulta ser de la mayor importancia.

La profesión médica en todas partes está inmersa en diversas culturas y tradiciones nacionales, pero sus miembros comparten el papel de sanadores, lo que tiene raíces que se remontan a Hipócrates. Sin duda, la profesión médica debe enfrentarse a complicadas fuerzas políticas, legales y de mercado. Más aún, existen variantes en la atención médica y en las prácticas a través de las cuales cualquier principio general puede expresarse tanto en forma compleja como sutil. A pesar de estas diferencias, emergen temas comunes que forman la base de esta declaración en la forma de tres principios fundamentales y como un conjunto de responsabilidades profesionales definidas.

Principios Fundamentales

Principio de primacía del bienestar del paciente.- Este principio se basa en una dedicación a servir en lo que interesa al paciente.

El altruismo contribuye a la confianza que es central en la relación médico – paciente. Las fuerzas del mercado, las presiones sociales y las exigencias administrativas no pueden afectar estos principios.

Principio de autonomía del paciente.- Los médicos deben tener respeto por la autonomía del paciente. Los médicos tienen que ser honestos con sus pacientes y darles la capacidad para tomar decisiones informadas sobre sus tratamientos. Las decisiones de los pacientes respecto a sus cuidados deben ser soberanas, en tanto esas decisiones se atengan a prácticas éticas y no den a lugar a demandas de cuidados inapropiados.

Principio de justicia social.- La profesión médica debe promover justicia en el sistema de atención de salud, incluyendo la distribución equitativa de los recursos asistenciales. Los médicos deben trabajar esforzadamente para eliminar la discriminación en los cuidados de salud, sea que está basada en cuestiones de raza, género, estado socioeconómico, etnicidad, religión o cualquiera otra categoría social.

Un conjunto de responsabilidades profesionales

Compromiso con la competencia profesional.- Los médicos deben comprometerse al aprendizaje permanente y ser responsables de mantener el conocimiento médico y las destrezas clínicas y de equipo necesarios para proporcionar cuidados de calidad. Más ampliamente, la profesión como cuerpo debe esforzarse por lograr que todos sus miembros sean competentes y debe asegurar que existan mecanismos apropiados para que los médicos cumplan sus metas. Compromiso de ser honestos con los pacientes.- Los médicos deben asegurarse que los pacientes sean completa y honestamente informados antes de consentir en tratamientos y después recibirlos.

Estas expectativas no significan que los pacientes sean involucrados en cada mínima decisión sobre sus cuidados médicos, más bien, deben ser capacitados para decidir sobre el curso de la terapia. Los médicos deberán, también, reconocer que en el cuidado de la salud ocurren a veces errores médicos que provocan daño a los pacientes.

Si los pacientes son dañados como consecuencia de intervenciones médicas, ellos deben ser informados de inmediato, porque una falla en este sentido compromete seriamente la confianza del paciente y de la sociedad. Informar y analizar las equivocaciones médicas proporciona la base para establecer estrategias apropiadas de prevención y mejoría y para compensar adecuadamente a los pacientes afectados.

Compromiso con la confidencialidad de los pacientes.- Lograr confianza y confidencia de los pacientes requiere que se tomen salvaguardias apropiadas de reserva al revelar la información de los pacientes. Este compromiso se extiende a la discusión con personas que actúan en resguardo de los pacientes, cuando no es posible obtener el consentimiento de los propios pacientes. Cumplir el cometido de confidencialidad es hoy más indispensable que nunca, dado el uso amplio de sistemas electrónicos de información para acopiar datos de los pacientes y por la progresiva disponibilidad de información genética. Los médicos reconocen, sin embargo, que su compromiso con la privacidad de los pacientes debe, ocasionalmente, ceder ante consideraciones sobrevinientes en interés público (por ejemplo, cuando los pacientes exponen a daño a terceros).

Compromiso de mantener relaciones apropiadas con los pacientes.- Dada la vulnerabilidad y dependencia inherentes de los pacientes, ciertas relaciones entre pacientes y médicos deben ser evitadas. Particularmente, el médico no debe explotar jamás al paciente procurando favores sexuales, lucro personal o cualquier propósito privado.

Compromiso de perfeccionar la calidad de atención.- Los médicos deben dedicarse a perfeccionar continuamente la calidad de los cuidados de salud. Este compromiso supone no sólo mantener la competencia clínica sino trabajar en colaboración con otros profesionales para reducir los errores médicos, aumentar la seguridad de los pacientes, restringir el dispendio de los recursos asistenciales y optimizar los resultados de la atención. Los médicos deben participar activamente en el desarrollo de mejores indicadores de la calidad de los cuidados y aplicarlos para evaluar rutinariamente el comportamiento

de todos los individuos, instituciones y sistemas responsables del cuidado de la salud. Los médicos, tanto individualmente como a través de sus asociaciones profesionales, deben hacerse responsables de la creación e implementación de mecanismos destinados a estimular la mejoría progresiva de la calidad de los cuidados.

Compromiso de mejorar el acceso a la atención.- El profesionalismo médico exige que el objetivo de todo sistema de atención sea disponer de un adecuado y uniforme estándar de cuidados. Los pacientes deben ser individual y colectivamente estimulados a reducir las barreras hacia una equitativa atención de salud. En cada sistema, el médico debiera trabajar para eliminar los obstáculos al acceso basados en discriminaciones por aspectos educacionales, legales, financieros, geográficos y sociales. Un compromiso con la equidad supone la promoción de la salud pública y la medicina preventiva, así como la dedicación social de cada médico, sin que predomine el interés propio de los médicos o de la profesión.

Compromiso por una distribución justa de recursos limitados.- En la satisfacción de las necesidades de pacientes individuales, los médicos son llamados a proporcionar atención de salud en base a un manejo inteligente y costo efectivo de recursos clínicos limitados. Están comprometidos a trabajar con otros médicos, hospitales y Proveedores para desarrollar guías de procedimientos para un cuidado eficiente. La responsabilidad profesional de los médicos, por una distribución apropiada de los recursos, requiere evitar escrupulosamente los exámenes y procedimientos superfluos. Proveer servicios innecesarios, no sólo expone a nuestros pacientes a daños y gastos evitables sino que disminuye los recursos disponibles para otros.

Compromiso por el conocimiento científico.- Gran parte del contrato de la medicina con la sociedad se basa en la integridad y el uso apropiado del conocimiento científico y de la tecnología.

Los médicos tienen el deber de preservar los estándares científicos, promover la investigación y crear nuevo conocimiento y asegurar su apropiada utilización. La profesión es responsable por la integridad

de ese conocimiento, basado en la evidencia científica y en la experiencia.

Compromiso de mantener la confianza manejando los conflictos de interés.- Los profesionales médicos y sus organizaciones tienen muchas oportunidades de afectar sus responsabilidades profesionales persiguiendo ganancias privadas o persiguen interacciones y organizaciones con industrias lucrativas, incluidas las manufactureras de equipos médicos, compañías de seguro y empresas farmacéuticas. Los médicos tienen la obligación de reconocer, aclarar ante el público general y tratar los conflictos de intereses que surgen en el cumplimiento de sus deberes y actividades profesionales. Las relaciones entre las industrias y los líderes de opinión deben ser divulgadas, especialmente cuanto los últimos determinan los criterios para conducir e informar de ensayos clínicos, escribir editoriales o guías terapéuticas, o actuar de editores de revistas científicas.

Compromiso con las responsabilidades profesionales.- Como miembros de una profesión, se espera que los médicos trabajen colaborativamente para maximizar los cuidados de los pacientes, ser respetuosos unos de otros y participar en los procesos de autorregulación, incluyendo la restauración y la disciplina de los miembros que no han alcanzado los estándares profesionales.

La profesión deberá también definir y organizar los procesos de educación y establecimiento de estándares para los miembros actuales y futuros. Los médicos tienen obligaciones tanto individuales como colectivas de participar en estos procesos. Estas obligaciones incluyen incorporarse en evaluaciones internas y aceptar escrutinios externos en todos los aspectos de su comportamiento profesional.

Resumen

La práctica de la medicina en la era actual sufre el asedio de desafíos sin precedentes, en prácticamente todas las culturas y sociedades. Estos desafíos centran en las disparidades, en aumento, entre las legítimas necesidades de los pacientes, los recursos disponibles para

satisfacer esas necesidades, la dependencia progresiva en las fuerzas del mercado para transformar los sistemas de atención de salud, y la tentación de los médicos de claudicar de su tradicional compromiso con la primacía del interés del paciente. Para mantener la fidelidad del contrato social de la medicina, en estos tiempos turbulentos, creemos que los médicos deben reafirmar su activa vocación por los principios del profesionalismo, lo que involucra no sólo su especial compromiso con el bienestar del paciente sino también esfuerzos colectivos por mejorar el sistema e salud para el bienestar de la sociedad. Esta Declaración sobre Profesionalismo Médico intenta estimular esa dedicación y promover una agenda de acción para la profesión médica que es universal tanto en su perspectiva como en sus propósitos.

APÉNDICE II:

MANUAL DE ÉTICA MÉDICA DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL

MANUAL DE ÉTICA MÉDICA
ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL

PRÓLOGO

Es increíble pensar que, aunque los fundadores de la ética médica, como Hipócrates, publicaron sus obras hace más de 2000 años, la profesión médica todavía no cuenta con un currículo de base que se utilice universalmente para la enseñanza de la ética médica. Es por esto que es un privilegio presentar este Manual, ya que esta es exactamente la razón de su publicación. Esta idea se originó durante la 51ª Asamblea Médica Mundial en 1999, cuando la Asociación Médica Mundial, organismo representativo de los médicos a nivel mundial, decidió "que la AMM recomiende firmemente a las escuelas de medicina a través del mundo que la enseñanza de la ética médica y los derechos humanos sean incluidos como curso obligatorio en los currículos". En vista de esta decisión, se implementó un plan para la preparación de una ayuda básica de enseñanza de la ética médica para todos los estudiantes de medicina y médicos que estuviera basada en las políticas de la AMM, pero que no fuera un documento de política. Nuestro objetivo final es que esta publicación sea usada como referencia por los estudiantes de medicina y los médicos de todo el mundo.

La atención médica moderna ha planteado dilemas éticos multifacéticos y muy complejos y a veces el médico no está preparado para manejar esto de manera competente. Esta publicación está estructurada específicamente para reforzar la actitud ética y la práctica del médico, además de entregar herramientas destinadas a encontrar soluciones éticas a estos dilemas. No es una lista de lo que está "bien o mal", sino más bien un intento de sensibilizar la conciencia del médico, que es la base de toda toma de decisión segura y ética. Para esto, el libro presenta varios casos prácticos que buscan estimular la reflexión ética individual y el debate en un contexto de equipo. Los médicos sabemos lo que significa el privilegio de participar en una relación médico-paciente única que facilita el intercambio de conocimientos

científicos y de atención en un contexto de ética y confianza. El Manual está estructurado para abordar temas relacionados con las distintas relaciones que tienen los médicos, pero lo principal siempre será la relación médico-paciente. Recientemente, esta relación está bajo presión por las restricciones en los recursos y otros factores; este Manual demuestra la necesidad de reforzar este lazo a través de la práctica ética.

Por último, quiero referirme a la importancia del paciente en el debate sobre la ética médica. La mayoría de las asociaciones médicas reconocen en sus políticas de base que desde el punto de vista ético, en toda decisión sobre atención la primera consideración debe ser el beneficio del paciente. Este Manual sólo cumplirá su objetivo si EL PACIENTE PASA A SER LO MÁS IMPORTANTE.

Dr. Delon Human
Secretario General
Asociación Médica Mundial

INTRODUCCIÓN

¿Qué es la ética médica?

Consideremos los siguientes casos médicos que pueden darse prácticamente en cualquier país:

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.
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. 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.
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

* Las palabras en cursiva están definidas en el glosario (apéndice A)

informar a sus autoridades superiores; sin embargo, siente que debe hacer algo para mejorar la situación.

4. La Dra. R, *médico* generalista en un pequeño pueblo rural, ha sido contactada por una organización de investigación por contrato (OIC) para participar en un ensayo clínico de un nuevo anti-inflamatorio no esteroideo (AINE) para la osteoartritis. Le ofrecen una cantidad de dinero por cada paciente que inscriba en el ensayo. El representante de la organización le asegura que el ensayo cuenta con todas las autorizaciones necesarias, incluida la del comité de revisión ética. La Dra. R. nunca ha participado en un ensayo antes y está contenta de tener esta oportunidad, en especial con dinero extra, por lo que acepta sin averiguar más sobre los aspectos científicos y éticos del ensayo.

Cada uno de estos casos prácticos invita a una reflexión ética. Estos plantean interrogantes sobre el comportamiento del *médico* y la toma de decisiones no preguntas científicas o técnicas del tipo cómo tratar la diabetez o cómo realizar un bypass doble, sino más bien sobre valores, derechos y responsabilidades. El *médico* se ve enfrentado a este tipo de interrogantes con la misma frecuencia que a las científicas o técnicas.

En la práctica médica, sin importar la especialidad o el contexto, algunas preguntas tienen respuestas mucho más fáciles que otras. Tratar una simple fractura o suturar una simple herida no representan un mayor desafío para el *médico* acostumbrado a realizar estos procedimientos. Por otro lado, puede haber una gran inseguridad o desacuerdo sobre cómo tratar algunas enfermedades, incluso las comunes como la tuberculosis y la hipertensión. De igual modo, las interrogantes éticas en medicina no tienen el mismo grado de desafío.

Algunas tienen respuestas fáciles, principalmente porque existe un *consenso* bien desarrollado sobre la manera correcta de reaccionar ante una situación (por ejemplo, el *médico* siempre debe pedir el consentimiento del paciente para tomar parte en una investigación).

Otras son mucho más difíciles, en especial las que no han logrado un *consenso* o cuando todas las alternativas tienen desventajas (por ejemplo, el racionamiento de recursos de salud escasos).

Entonces, ¿qué es exactamente la ética y cómo ayuda al *médico* a responder estas interrogantes? Dicho de manera simple, la ética es el estudio de la moralidad una relexión y análisis cuidadosas y sistemáticas de las decisiones y comportamiento morales, sean pasados, presentes o futuros. La moralidad es la dimensión valórica de la toma de decisiones y del comportamiento. El lenguaje de la moralidad incluye substantivos como "derechos", "responsabilidades" y "virtudes" y adjetivos como "bueno" y "malo", "correcto" y "equivocado", "justo" e "injusto". De acuerdo a estas definiciones, la ética es principalmente una cuestión de saber, mientras que la moralidad es hacer. Su estrecha relación consiste en la preocupación de la ética por entregar criterios racionales para que la gente decida o se comporte de cierta manera, en vez de otra.

Como la ética aborda todos los aspectos del comportamiento humano y de la toma de decisiones, es un tema de estudio muy extenso y complejo con muchas ramas y subdivisiones. Este Manual se centra en la ética médica, la rama de la ética que aborda los temas morales de la práctica médica. La ética médica está relacionada estrechamente con la *bioética* (*ética biomédica*), pero no es idéntica.

Puesto que la ética médica trata fundamentalmente problemas planteados por la práctica de la medicina, la bioética es un tema muy amplio que aborda los problemas morales derivados de los avances en las ciencias biológicas de manera más general.

"...la ética es el estudio de la moralidad una relexión y análisis cuidadosas y sistemáticas de las decisiones y comportamiento morales"

La bioética también se diferencia de la ética médica en cuanto a que no necesita la aceptación de ciertos valores tradicionales que son fundamentales para la ética médica (como se verá en el capítulo II).

Como disciplina académica, la ética médica ha desarrollado su propio vocabulario especializado que incluye muchos términos tomados de la filosofía. Este Manual no da por sentado que los lectores estén familiarizados con la filosofía, por lo que se entrega definiciones de los términos clave, ya sea cuando se utilizan en el texto o en el glosario que se agrega al final del Manual.

¿Por qué estudiar la ética médica?

"Mientras el *médico* tenga conocimientos y experiencia, la ética no importa."

"La ética se aprende en la familia, no en la escuela de medicina."

"La ética médica se aprende observando cómo se desempeñan los médicos más antiguos, no de los libros o charlas".

"La ética es importante, pero nuestros currículos ya están sobrecargados y no hay más horas para la enseñanza de la ética. Estas son algunas de las razones para no dar más importancia a la ética en el currículo de las escuelas de medicina. Cada una es en parte válida, pero sólo en parte. Cada vez más en el mundo las escuelas de medicina se dan cuenta que es necesario entregar a sus estudiantes el tiempo y los recursos apropiados para la enseñanza de la ética. Organizaciones como la Asociación Médica Mundial y la Federación Mundial para la Educación Médica las han instado con insistencia para que tomen medidas en este sentido (véase el apéndice C).

Este Manual demostrará la importancia de la ética en la educación médica. Para resumir, la ética es, y siempre ha sido, un elemento esencial de la práctica médica. Los principios éticos tales como el respeto por las personas, el consentimiento informado y la confidencialidad son básicos en la relación médico-paciente. Sin embargo, la aplicación de estos principios en situaciones específicas es a menudo problemática, ya que los médicos, los pacientes, sus familiares y otro personal de la salud pueden estar en desacuerdo sobre la manera correcta de actuar en una situación. El estudio de

la ética prepara a los estudiantes de medicina a reconocer estas situaciones difíciles y a tratarlas de manera *racional* y con principios.

La ética también es importante en las relaciones del *médico* con la sociedad y sus colegas y para la realización de investigación médica.

"El estudio de la ética prepara a los estudiantes de medicina a reconocer estas situaciones difíciles y a tratarlas de manera racional y con principios."

Etica médica, profesionalismo ético, derechos humanos y derecho

Como se verá en el capítulo I, la ética ha formado parte integral de la medicina al menos desde el tiempo de Hipócrates, médico griego del siglo V antes de la era cristiana, considerado el fundador de la ética médica. De Hipócrates surgió el concepto de medicina como profesión, cuando los médicos hicieron una promesa pública para afirmar que los intereses del paciente estarían sobre sus propios intereses (véase el capítulo III para más explicaciones). La estrecha relación entre la ética y el profesionalismo quedará en evidencia a lo largo de este Manual.

En los últimos años, la ética médica ha sido muy influenciada por los avances en derechos humanos. En un mundo *pluralista* y multicultural, con muchas tradiciones morales distintas, los principales acuerdos internacionales en materia de derechos humanos pueden proporcionar una base para la ética médica que es aceptada a través de las fronteras nacionales y culturales. Además, el *médico* a menudo tiene que lidiar con problemas médicos derivados de las violaciones de los derechos humanos, como la migración forzada y la tortura. También el *médico* está muy afectado por el debate sobre si la atención médica es un derecho humano, ya que la respuesta a esta pregunta en cualquier país determina en gran parte quien tiene acceso a la atención médica. Este Manual considera de manera particular los problemas de derechos humanos que afectan la práctica médica.

La ética médica está también relacionada estrechamente con el derecho. En la mayoría de los países existen leyes que especifican cómo el *médico* debe abordar los problemas éticos en la atención de pacientes y la investigación. Además, las autoridades médicas reguladoras y que otorgan licencias en cada país pueden castigar, y lo hacen, a los médicos por las violaciones éticas. Pero la ética y el derecho no son idénticos. Muy a menudo, la ética prescribe niveles de conducta más altos que los del derecho y a veces la ética exige que el *médico* desobedezca las leyes que piden una conducta antiética. Por otra parte, las leyes cambian mucho de un país a otro, mientras que la ética es aplicable a través de las fronteras nacionales. Por esta razón, el tema central de este Manual es la ética, en lugar del derecho.

"Muy a menudo, la ética prescribe niveles de conducta más altos que los del derecho y a veces la ética exige que el médico desobedezca las leyes que piden

Conclusión

La medicina es a la vez una ciencia y un arte. La ciencia estudia lo que puede ser observado y medido, un *médico* competente reconoce los signos de una enfermedad y sabe cómo sanarla. Pero la medicina científica tiene sus límites, en particular con respecto a la individualidad, cultura, religión, libertad, derechos y responsabilidades del ser humano. El arte de la medicina incluye la aplicación de la ciencia y tecnología médicas a cada paciente, familia y comunidad, ninguno de los cuales son idénticos. Con mucho, la gran parte de las diferencias entre las personas, las familias y las comunidades no es fisiológica y al reconocer y abordar estas diferencias las artes, las humanidades y las ciencias sociales, junto con la ética, pueden tener un rol importante. En realidad, la ética misma se enriquece con las informaciones de estas otras disciplinas; por ejemplo, una presentación teatral de un dilema clínico puede ser un estímulo más fuerte para la reflexión y análisis éticos que la descripción de un simple caso. Este Manual sólo puede proporcionar una introducción básica a la ética médica y a algunos de sus temas centrales. Se espera entregar una apreciación de la necesidad de tener una reflexión continua sobre la dimensión ética

de la medicina y en especial cómo abordar los problemas médicos a los que se verá enfrentado en su propia práctica. En el apéndice B se proporciona una lista de recursos para ayudarle a profundizar sus conocimientos en este tema.

CAPÍTULO I
CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DE LA ÉTICA MÉDICA

Objetivos

Después de leer este capítulo usted debe ser capaz de:

- Explicar por qué la ética es importante para la medicina
- Identificar las principales fuentes de la ética médica
- Reconocer los distintos enfoques de la toma de decisiones, incluido el suyo.

¿Qué tiene de especial la medicina?

A lo largo de casi toda la historia registrada y virtualmente en cada lugar del mundo, el ser *médico* significa algo especial. La gente va al *médico* para pedir ayuda para sus sus necesidades más urgentes: aliviar el dolor y el sufrimiento y recuperar la salud y el bienestar.

Ellos permiten que el *médico* vea, toque y manipule cada parte de su cuerpo, incluso las más íntimas; lo hacen porque tienen confianza en que su *médico* lo hará por su bien.

"Muchos médicos sienten que ya no son respetados como lo eran antes."

La posición del *médico* es distinta según el país e incluso dentro del país. En general, parece que se está deteriorando. Muchos médicos sienten que ya no son respetados como lo eran antes. En algunos países, el control de la atención médica ha pasado de los médicos a manos de administradores profesionales y burócratas, algunos de los cuales los consideran como obstáculos en lugar de asociados

en las reformas de salud. Los pacientes que antes aceptaban las órdenes del *médico* incuestionablemente a veces le piden *defender* sus recomendaciones si son distintas a las que han obtenido de otros médicos o de Internet. Algunos procedimientos que antes sólo los médicos realizaban ahora los llevan a cabo técnicos médicos, enfermeras o paramédicos.

A pesar de estos cambios que afectan la posición del *médico*, la medicina sigue siendo una profesión muy bien considerada por los enfermos que necesitan sus servicios. También sigue siendo atractiva para grandes cantidades de los estudiantes más dotados, esforzados y dedicados. A fin de satisfacer las expectativas de los pacientes y estudiantes, es importante que los médicos conozcan y muestren con ejemplos los valores centrales de la medicina, en especial la compasión, la competencia y la autonomía. Estos valores, junto con el respeto de los derechos humanos fundamentales, sirven de base a la ética médica.

"A fin de satisfacer las expectativas de los pacientes y estudiantes, es importante que los médicos conozcan y muestren con ejemplos los valores centrales de la medicina…"

¿Qué tiene de especial la ética médica?

La compasión, la competencia y la autonomía no son exclusividad de la medicina. Sin embargo, se espera que los médicos las ejemplifiquen más que otras personas, incluidos muchos otros tipos de profesionales.

La compasión, definida como el entendimiento y la preocupación por la aflicción de otra persona, es esencial en la práctica de la medicina. A fin de tratar los problemas del paciente, el *médico* debe identificar los síntomas que tiene el paciente y sus causas de fondo y debe ayudarlo a lograr su alivio. Los pacientes responden mejor al tratamiento si perciben que el *médico* aprecia sus preocupaciones y los trata a ellos en lugar de su enfermedad.

Se espera y se necesita del *médico* un grado de competencia muy alto. La falta de competencia puede tener como resultado la muerte o una grave enfermedad para el paciente. Los médicos tienen un largo período de formación para asegurar la competencia, pero si se considera el rápido avance en los conocimientos médicos, para ellos es un continuo desafío mantenerse competentes. Por otra parte, no sólo deben mantener los conocimientos científicos y técnicos, sino que los conocimientos y actitudes éticas también, ya que los nuevos problemas éticos se plantean con los cambios en la práctica médica y su entorno social y político.

La autonomía, o autodeterminación, es el valor central de la medicina que más ha cambiado en los últimos años. El *médico* tradicionalmente ha gozado de un amplio margen de autonomía clínica para decidir cómo tratar a sus pacientes. Los médicos de manera colectiva (la profesión médica) han tenido la libertad de determinar los niveles de educación y práctica médicas. Como se demostrará en este Manual, ambas maneras de ejercer la autonomía del *médico* han sido reguladas en muchos países por los gobiernos y otras autoridades que imponen controles a los médicos. A pesar de estos desafíos, los médicos todavía valoran su autonomía clínica y profesional y tratan de mantenerla en la medida de lo posible. Al mismo tiempo, los médicos en el mundo han aceptado ampliamente la autonomía del paciente, lo que significa que los pacientes deben ser los que decidan en definitiva sobre los asuntos que los afectan. Este Manual presentará ejemplos de conflictos potenciales entre la autonomía del *médico* y el respeto de la autonomía del paciente.

Además de estos tres valores centrales, la ética médica se diferencia de la ética general aplicable a todos porque se profesa públicamente en un juramento como la Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial o un código. Los juramentos y códigos varían según el país e incluso dentro de un país, pero tienen características comunes, incluidas promesas en las que el *médico* considerará el interés del paciente por sobre el suyo, no discriminará contra los pacientes por la raza, religión u otros derechos humanos, protegerá la confidencialidad

de la información del paciente y prestará atención de emergencia a toda persona que la necesite.

DECLARACIÓNDE GINEBRA
DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL

En el momento de ser admitido como miembro de la profesión médica:

Prometo solemnemente consagrar mi vida al servicio de la humanidad,

Otorgar a mis maestros el respeto y gratitud que merecen, Ejercer mi profesión a conciencia y dignamente,

Velar ante todo por la salud de mi paciente,

Guardar y respetar los secretos confiados a mí, incluso después del fallecimiento del paciente,

Mantener incólume, por todos los medios a mi alcance, el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica,

Considerar como hermanos y hermanas a mis colegas,

No permitiré que consideraciones de afiliación política, clase social, credo, edad, enfermedad o incapacidad, nacionalidad, origen étnico, raza, sexo o tendencia sexual se interpongan entre mis deberes y mi paciente,

Velar con el máximo respeto por la vida humana desde su comienzo, incluso bajo amenaza, y no emplear mis conocimientos médicos para contravenir las leyes humanas,

Hago estas promesas solemne y libremente, bajo mi palabra de honor.

¿Quién decide lo que es ético?

La ética es *pluralista*. Las personas no se ponen de acuerdo entre ellas sobre lo que es correcto o incorrecto e incluso cuando logran estar de acuerdo puede ser por distintas razones. En algunas sociedades, este desacuerdo se considera normal y existe mucha libertad para hacer lo que uno quiera, siempre que se respeten los derechos de los demás. Sin embargo, en las sociedades más tradicionales hay un mayor acuerdo sobre la ética y más presión social, a veces respaldadas por leyes, para comportarse de cierta manera en vez de otras. En estas sociedades, la cultura y la religión a menudo tienen un rol dominante para determinar la conducta ética.

Por lo tanto, la respuesta a la pregunta "¿quién decide lo que es ético?" varía según la sociedad e incluso dentro de la misma sociedad. En las sociedades liberales, las personas tienen mucha libertad para decidir por ellos mismos lo que es ético, aunque es probable que reciban la influencia de sus familias, amigos, religión, medios de comunicación y otros elementos externos. En las sociedades más tradicionales, la familia y los ancianos del clan, las autoridades religiosas y los líderes políticos generalmente tienen un papel más importante que las personas para determinar lo que es ético.

A pesar de estas diferencias, al parecer la mayoría de los seres humanos pueden estar de acuerdo en ciertos principios éticos fundamentales, específicamente los derechos humanos básicos proclamados en la Declaración Universal de Derechos Humanos de las Naciones Unidas y otros documentos ampliamente aceptados y aprobados de manera oficial. Los derechos humanos especialmente importantes para la ética médica son el derecho a la vida, a no ser discriminado, no sufrir tortura y trato cruel, inhumano o degradante, libertad de opinión y expresión, derecho a acceso igualitario a los servicios públicos de un país y a la atención médica.

Para el *médico*, la pregunta "¿quién decide lo que es ético?" ha tenido hasta ahora una respuesta un poco distinta de la que tiene para la gente en general. Durante siglos, la profesión médica ha elaborado

sus propias normas de conducta para sus miembros, que se expresan en los códigos de ética y políticas afines. A nivel mundial, la AMM ha elaborado una amplia gama de declaraciones éticas que especifican la conducta que deben tener los médicos, sin importar donde vivan y trabajen. En muchos o en la mayoría de los países, las asociaciones médicas han tenido la responsabilidad de elaborar y hacer cumplir las normas éticas aplicables. Estas normas pueden tener fuerza de ley, según el planteamiento que tenga el país sobre el derecho *médico*.

No obstante, el privilegio de la profesión médica para poder determinar sus propias normas éticas nunca ha sido absoluto, por ejemplo:

- El *médico* siempre ha estado sujeto a la legislación general del país y a veces han sido castigados por infringir las leyes.
- Algunas organizaciones médicas reciben mucha influencia de las enseñanzas religiosas que imponen obligaciones adicionales a sus miembros, además de las aplicables a todos los médicos.
- En muchos países, las organizaciones que establecen las normas para la conducta de los médicos, y controlan su cumplimiento, ahora tienen muchos miembros que no son médicos.

Las directrices éticas de las asociaciones médicas son generales, no pueden abordar cada situación que el *médico* pueda experimentar en su consulta médica. En la mayoría de los casos, el *médico* debe decidir por sí mismo la manera correcta de actuar, pero al tomar dichas decisiones es útil saber qué harían los otros médicos en situaciones similares. Los códigos de ética médica y las declaraciones de políticas reflejan el *consenso* general sobre cómo deben actuar los médicos y deben seguirse, a menos que existan buenas razones para actuar de otra manera.

"…al tomar dichas decisiones es útil saber qué haríanlos otros médicos en situaciones similares."

¿Cambia la ética médica?

No existen dudas de que algunos aspectos de la ética médica han cambiado con los años. Hasta hace poco el *médico* tenía el derecho y

el deber de decidir cómo tratar a sus pacientes y no existía la obligación de obtener el consentimiento informado del paciente. Sin embargo, la Declaración de la AMM sobre los Derechos del Paciente, versión 1995, comienza con esta afirmación: "La relación entre los médicos, sus pacientes y la sociedad toda ha sufrido importantes cambios en los últimos años. Aunque el *médico* siempre debe actuar de acuerdo a su conciencia y en el mejor interés del paciente, se deben hacer los mismos esfuerzos a fin de garantizar la autonomía y justicia con el paciente." Muchas personas ahora consideran que son sus propios prestadores de atención primaria y que la función del *médico* es la de su consultor o instructor. Aunque este énfasis en la autoatención no es universal, tiende a propagarse y es característico de una evolución más general en la relación médico-paciente, lo que plantea distintas obligaciones éticas para el *médico*.

Hasta hace poco tiempo, por lo general, el *médico* se consideraba responsable sólo ante sí mismo, ante sus colegas en la profesión médica y, por creencias religiosas, ante Dios. Hoy en día, tiene responsabilidades adicionales: ante sus pacientes, terceros, como los hospitales y organizaciones de *salud administrada*, las autoridades médicas reguladoras y de otorgamiento de licencias y, a menudo, los tribunales de justicia. Estas responsabilidades diferentes pueden entrar en conflicto entre ellas, como quedará en evidencia con el tema de la doble obligación en el capítulo III.

La ética médica ha cambiado en otros aspectos. La participación en el aborto estuvo prohibida en los códigos de ética médica hasta hace poco, pero ahora es tolerada en ciertas circunstancias por la profesión médica en muchos países. Mientras que en la ética médica tradicional la única responsabilidad del *médico* era por sus pacientes, ahora por lo general hay acuerdo en que el *médico* también debe considerar las necesidades de la sociedad, por ejemplo, en la distribución de los recursos de salud escasos (véase el capítulo III).

"Estas responsabilidades diferentes pueden entrar en conflicto entre ellas…"

Los avances en la ciencia y tecnología médicas plantean nuevos problemas éticos a los que la ética médica tradicional no puede responder. La reproducción asistida, la genética, la informática aplicada a la salud, las tecnologías que aumentan y alargan la calidad de vida, todas necesitan la participación del *médico*, tienen un gran potencial para beneficiar a los pacientes, pero también tienen potencial para causar daño, dependiendo de cómo se apliquen. Para ayudar al *médico* a decidir si deben participar en estas actividades y bajo qué condiciones, las asociaciones médicas necesitan utilizar métodos de análisis distintos, en lugar de confiar simplemente en los códigos de ética existentes.

A pesar de estos cambios obvios en la ética médica, existe *consenso* general entre los médicos con respecto a que los valores fundamentales y los principios éticos de la medicina no cambian o al menos no deben hacerlo. Como es inevitable que el ser humano siempre esté expuesto a enfermedades, seguirá necesitando médicos compasivos, competentes y autónomos que lo atiendan.

¿Es diferente la ética médica en cada país?

Al igual que la ética médica puede cambiar, y lo hace, con el tiempo, en respuesta a los avances de la ciencia y tecnología médicas y los valores de la sociedad, también varía según el país dependiendo de estos mismos factores. Por ejemplo, sobre la eutanasia existe una gran diferencia de opinión entre las asociaciones médicas nacionales. Algunas la condenan, pero otras son neutrales y al menos una, la Asociación Médica de Holanda, la acepta bajo ciertas condiciones. Asimismo, sobre el acceso a la atención médica algunas asociaciones nacionales apoyan la igualdad de todos los ciudadanos, mientras que otras están dispuestas a tolerar grandes desigualdades. En algunos países, existe gran interés en los problemas éticos que plantea la tecnología médica avanzada, en tanto que los países que no tienen acceso a dicha tecnología no tienen esos problemas. Los médicos en algunos países confían en que sus gobiernos no los forzarán a hacer algo antiético, mientras que en otros países puede ser difícil para ellos cumplir con sus obligaciones éticas, como por ejemplo, mantener la

confidencialidad de los pacientes frente a las exigencias de la policía o del ejército para informar sobre las heridas “sospechosas”.

Aunque estas diferencias pueden parecer importantes, las similitudes lo son mucho más. Los médicos en el mundo tienen mucho en común y cuando se reúnen en organizaciones como la AMM, por lo general logran *consenso* sobre temas éticos polémicos, aunque a menudo es necesario largos debates. Los valores fundamentales de la ética médica, como la compasión, la competencia y la autonomía, junto con la experiencia de los médicos en todos los aspectos de la medicina y de la atención médica, proporcionan una base sólida para el análisis de los problemas éticos en la medicina y el logro de soluciones que son mejores para cada paciente y ciudadano y la salud pública en general.

La función de la AMM

Como única organización internacional que trata de representar a todos los médicos, sin considerar la nacionalidad o la especialidad, la AMM ha asumido la función de establecer normas generales en la ética médica que sean aplicables en todo el mundo. Desde su creación en 1947, se ha esforzado por evitar toda reaparición de la conducta antiética presentada por los médicos en la Alemania nazi y en otras partes. La primera tarea de la AMM fue actualizar el juramento hipocrático para su uso en el siglo XX, esto tuvo como resultado la Declaración de Ginebra, adoptada por la 2ª Asamblea General de la AMM en 1948. Este documento ha sido revisado varias veces, la última fue en 1994. La segunda tarea fue la elaboración del Código Internacional de E tica Médica, adoptado en la 3ª Asamblea General en 1949 y revisado en 1968 y 1983. Este código está siendo revisado ahora. Después se elaboraron normas éticas para la investigación en seres humanos. Esto llevó mucho más tiempo que los primeros dos documentos, sólo en 1964 se adoptó este texto conocido como la Declaración de Helsinki. Este documento también ha sido revisado periódicamente, la última vez en el 2000.

Además de estas declaraciones éticas fundamentales, la AMM ha adoptado declaraciones sobre más de 100 temas específicos, la mayoría de naturaleza ética, otras abordan temas médico-sociales, incluida la educación médica y los sistemas de salud. Cada año, la Asamblea General de la AMM revisa las declaraciones existentes o adopta otras nuevas.

"... la AMM ha asumido la función de establecer normas generales en la ética médica que sean aplicables en todo el mundo."

¿Cómo decide la AMM lo que es ético?

Lograr acuerdos internacionales sobre problemas éticos polémicos no es nada fácil, incluso en un grupo relativamente unido, como son los médicos. La AMM asegura que sus declaraciones éticas reflejen un *consenso* porque es necesario el 75% de los votos a favor para adoptar cualquier política nueva o revisada durante su Asamblea anual. Una condición previa para llegar a este nivel de acuerdo es la amplia consulta de los proyectos de declaración, la consideración cuidadosa de los comentarios recibidos en el comité de Ética Médica de la AMM y a veces en un grupo de trabajo nombrado especialmente para el tema, la nueva redacción de las declaraciones y a menudo más consultas. El proceso puede ser largo, lo que depende de la complejidad o la novedad del tema. Por ejemplo, la versión más reciente de la Declaración de Helsinki se inició a principio de 1997 y se terminó en octubre de 2000. Incluso entonces quedaron algunos temas pendientes que continuaron a ser estudiados por el comité de Ética Médica y otros grupos de trabajo.

"Lograr acuerdos internacionales sobre problemas éticos polémicos no es nada fácil"

Es esencial contar con un buen proceso, pero esto no garantiza un buen resultado. Para decidir qué es ético, la AMM se sirve de una larga tradición en ética médica, como lo reflejan las declaraciones éticas previas. También se consideran otras posiciones sobre el tema debatido, tanto de organizaciones nacionales como internacionales y

de personas con conocimientos sobre ética. En algunos temas, como el consentimiento informado, la AMM está de acuerdo con la opinión de la mayoría. En otros, como la confidencialidad de la información médica personal, la posición de los médicos debe ser promovida enérgicamente contra la de los gobiernos, los administradores de sistemas de salud o las empresas comerciales. Una característica que define a la AMM en el enfoque de la ética es la prioridad que asigna a cada paciente o persona participante en una investigación. Al recitar la Declaración de Ginebra, el *médico* promete "velar ante todo por la salud de mi paciente". Y la Declaración de Helsinki estipula: "En investigación médica en seres humanos, la preocupación por el bienestar de los seres humanos debe tener siempre primacía sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad."

"En algunos temas, como el consentimiento informado, la AMM está de acuerdo con la opinión de la mayoría. En otros, como la confidencialidad de la información médica personal, la posición de los médicos debe ser promovida enérgicamente contra la de los gobiernos, los administradores de sistemas de salud o las empresas comerciales."

¿Cómo deciden las personas lo que es ético?

Para cada *médico* y estudiante de medicina la ética médica no consiste simplemente en seguir las recomendaciones de la AMM o de otras organizaciones médicas. Por lo general, estas recomendaciones son generales y la persona necesita determinar si se aplican o no a la situación que enfrenta. Además, muchos problemas éticos surgen durante la práctica médica para la que no existe una orientación de las asociaciones médicas. La persona finalmente es responsable de su propia decisión ética y de su implementación. Existen distintas maneras de abordar los problemas éticos, como los casos que se presentan al comienzo de este Manual. Estas se pueden dividir aproximadamente en dos categorías: no racionales y racionales. Es importante aclarar que las no racionales no significan que sean irracionales, sino que simplemente es para distinguirlas del uso de la razón reflexivo y sistemático en la toma de decisiones.

"La persona finalmente es responsable de su propia decisión ética y de su implementación"

Enfoques no racionales:

- La obediencia es una manera común de tomar decisiones éticas, especialmente por los niños y los que trabajan en estructuras autoritarias (por ejemplo, los militares, la policía, algunas organizaciones religiosas, muchas ocupaciones). La moralidad consiste en seguir las reglas o instrucciones de las autoridades, se esté en acuerdo o desacuerdo con ellas.
- La imitación es similar a la obediencia, puesto que subordina la opinión de alguien sobre lo que es correcto o equivocado a la de otra persona, en este caso, un modelo. Esta es quizás la manera más común en que los aspirantes a médicos aprenden ética médica, en la que los consultores más antiguos son los modelos y la observación y la asimilación de los valores proyectados es el modelo de aprendizaje moral.
- El sentimiento o el deseo es un enfoque subjetivo en la toma de decisión y el comportamiento morales. Lo que es correcto es lo que uno siente como correcto o lo que satisface nuestro deseo, lo que es equivocado es lo que uno siente como equivocado o lo que frustra nuestro deseo. La medida de la moralidad está en cada persona y, por supuesto, puede variar mucho de una persona a otra, incluso en el mismo individuo a través del tiempo.
- La intuición es la percepción inmediata de la manera correcta de actuar en una situación. Es similar al deseo, ya que es totalmente subjetiva; sin embargo, es diferente por su ubicación en la mente en lugar de la voluntad. Hasta tal punto, se acerca más a las maneras racionales de la toma de decisiones, que a la obediencia, la imitación, el sentimiento y el deseo. No obstante, no es sistemática ni reflexiva, sino que dirige las decisiones morales con un simple instante de discernimiento. Al igual que el sentimiento y el deseo, la intuición puede variar mucho de una persona a otra, incluso en el mismo individuo a través del tiempo.
- El hábito es un método muy eficaz en la toma de decisiones, ya que no es necesario repetir un proceso para lograr una decisión cada vez que surge un problema moral similar a otro que ya ha sido

solucionado con anterioridad. Sin embargo, existen hábitos malos (por ejemplo, mentir) y buenos (decir la verdad); por otra parte, las situaciones que parecen similares pueden necesitar decisiones muy distintas. Por lo tanto, por muy útil que sea un hábito, no se puede confiar en él totalmente.

Enfoques racionales: Como el estudio de la moralidad, la ética reconoce la frecuencia de estos enfoques no racionales en la toma de decisiones y el comportamiento, aunque ella se ocupa principalmente de los enfoques racionales. Cuatro de estos enfoques son la deontología, el consecuencialísimo, el principialismo y la ética de las virtudes:

- La deontología implica una búsqueda de reglas bien fundadas que pueden servir como base para tomar decisiones morales. Un ejemplo de regla es: "tratar a todos por igual". Su fundamento puede ser religioso (por ejemplo, la creencia de que todas las criaturas humanas de Dios son iguales) o no religioso (por ejemplo, los seres humanos comparten casi todos los mismos genes). Una vez que se establecen las reglas, tienen que ser aplicadas en situaciones específicas y aquí es donde con frecuencia surge el desacuerdo sobre lo que exige la regla (por ejemplo si la regla de no matar a otro ser humano prohibiría el aborto o la pena de muerte).
- El consecuencialísimo basa la toma de decisiones éticas en un análisis de las consecuencias o resultados probables de las distintas opciones y acciones. La acción correcta es la que produce los mejores resultados. Por supuesto que puede existir desacuerdo sobre lo que se considera un buen resultado. Una de las formas más conocidas del consecuencialísimo, específicamente el utilitarismo, usa la "utilidad" como medida y la define como "el mayor bien para la mayor cantidad". Otras medidas de resultado utilizadas en la toma de decisiones en salud incluyen la rentabilidad y la calidad de vida, que se miden en AVCA (años de vida de calidad) y AVDIS (años de vida de discapacidad). Por lo general, los defensores del consecuencialísimo no utilizan demasiado los principios porque son muy difíciles de identificar, dar prioridad y aplicar y en todo caso, no consideran lo que en su opinión interesa realmente en la toma de decisiones morales: los resultados. Sin embargo, el hecho

de dejar de lado los principios permite que el consecuencialísimo esté abierto a ser catalogado como que “el fin justifica los medios”, por ejemplo que los derechos humanos individuales puedan ser sacrificados para lograr un objetivo social.

- El principialismo, como su nombre lo indica, utiliza principios éticos como base para tomar decisiones morales. Aplica estos principios a casos o situaciones particulares para determinar qué es lo correcto, tomando en cuenta las reglas y las consecuencias. El principialismo ha influido mucho en debates éticos recientes, en especial en Estados Unidos. Se han identificado cuatro principios en particular como los más importantes para la toma de decisión en la práctica médica: el respeto por la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia. Los principios sí tienen un papel importante en la toma 30 31 Manual de Etica Médica – Características principales de la ética médica de decisiones racionales. Sin embargo, la elección de estos cuatro principios, en especial la prioridad que tiene el respeto por la autonomía sobre los otros, es una reflexión de la cultura liberal occidental y no es necesariamente universal. Por otra parte, estos cuatro principios entran en conflicto en situaciones particulares y es necesario ciertos criterios o procesos para solucionarlos.
- La ética de las virtudes se centra menos en la toma de decisiones y más en el carácter de los que las toman, como se refleja en su conducta. Una *virtud* es un tipo de excelencia moral. Como se ha dicho con anterioridad, una *virtud* que es especialmente importante para el *médico* es la compasión. Otras incluyen la honestidad, la prudencia y la dedicación. Es más probable que el *médico* que posee estas virtudes tome buenas decisiones y las implemente de buena manera. Sin embargo, incluso las personas virtuosas a menudo no están seguras cómo actuar en situaciones particulares y pueden tomar decisiones equivocadas.

Ninguno de estos cuatro enfoques, u otros que se han propuesto, ha logrado una aprobación universal. Las personas tienen preferencias distintas por un enfoque *racional* en la toma de decisiones éticas y también en sus preferencias por un enfoque no *racional*. Esto se puede explicar en parte por el hecho de que cada enfoque tiene sus aspectos fuertes y débiles. Tal vez una combinación de los cuatros

enfoques que incluya las mejores características de cada uno sea la mejor manera de tomar decisiones éticas racionalmente. Habría que considerar seriamente las reglas y los principios para identificar los más importantes en la situación o caso que se examina y para implementarlos en la mayor medida posible. También examinaría las posibles consecuencias de decisiones alternativas y determinaría qué consecuencias serían preferibles. Por último, intentaría asegurar que la conducta de la persona que toma la decisión, tanto para llegar a esa decisión como para implementarla, sea admirable. Este proceso podría tener las siguientes etapas:

1. Determinar si el problema examinado es ético.
2. Consultar fuentes autorizadas como los códigos de ética y las políticas de las asociaciones médicas y colegas respetados para ver cómo los médicos resuelven generalmente estos problemas.
3. Considerar soluciones alternativas en vista de los principios y valores que sustentan y sus posibles consecuencias.
4. Conversar sobre su solución propuesta con las personas que afectará.
5. Tomar su decisión y aplicarla con sensibilidad por otras personas afectadas.
6. Evaluar su decisión y estar preparado a actuar de otra manera en el futuro.

Conclusión

Este capítulo presenta el contexto de lo que sigue. Cuando se abordan problemas específicos de ética médica, es bueno tener presente que los médicos han enfrentado muchos de estos mismos problemas a lo largo de la historia y que su experiencia y sabiduría acumuladas pueden ser muy valiosas hoy en día. La AMM y otras organizaciones médicas mantienen esta tradición y proporcionan una orientación ética muy útil para los médicos. Sin embargo, a pesar del alto grado de *consenso* que existe entre los médicos sobre los asuntos éticos, las personas pueden estar en desacuerdo sobre cómo tratar casos específicos. Por otra parte, las opiniones de los médicos pueden ser muy distintas de las de los pacientes y otro personal de salud. Como

un primer paso para solucionar los conflictos éticos, es importante que el *médico* comprenda los diferentes enfoques en la toma de decisiones, incluido el suyo y el de las personas con que se relaciona. Esto lo ayudará a determinar por sí mismo cual es la mejor manera de actuar y de explicar sus decisiones a los otros.

CAPÍTULO II
EL MÉDICO Y EL PACIENTE

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 E tica Médica estipula: "El *médico* debe a sus pacientes todos los recursos de su ciencia y toda su lealtad". 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 problemáticos 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 afiliación política, clase social, credo, edad, enfermedad o incapacidad, nacionalidad, origen étnico, raza, sexo o tendencia sexual 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 todos los recursos de su ciencia y toda su lealtad. Cuando un examen o tratamiento sobrepase su capacidad, el *médico* debe llamar 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 anti-éticas. 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 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.

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

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 la Responsabilidad Profesional de los Médicos en el Tratamiento de Pacientes con Sida estipula lo siguiente:

"Los pacientes con sida tienen derecho a una atención médica adecuada con compasión y respeto por su dignidad humana. El *médico* tiene el deber moral de no rehusar el tratamiento de un paciente cuya enfermedad está dentro del marco de su competencia, por el solo hecho de que el paciente es seropositivo. La ética médica no permite una discriminación categórica contra un paciente, basada solamente en su condición de seropositivo. Una persona que tiene sida debe ser tratada adecuadamente y con compasión. El *médico* que no puede prestar la atención y servicios que necesitan las personas con sida, debe referirlos a los médicos o instituciones que tengan los medios para proveer dichos servicios. Hasta que estos últimos puedan encargarse del tratamiento, 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, prognosis 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, prognosis 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 esta 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 molesta 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 pueden 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?"

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 y cuando sea legalmente pertinente. 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, prognosis 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, cuando sea legalmente pertinente; 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."

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 tuvo 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 permiten excepciones a este deber de confidencialidad. Por ejemplo, el **Código Internacional de Ética Médica** de la AMM estipula lo siguiente: "El *médico* debe guardar absoluto secreto de todo lo que se le haya confiado, incluso después de la muerte del paciente." No obstante, otros códigos rechazan este enfoque absolutista 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 médico debe guardar absoluto secreto de todo lo que se le haya confiado, incluso después de la muerte del paciente."

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 substancias 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 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.

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

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 alnertativa. Ninguna de estas técnicas está exempta 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 anormalidades 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 pre-madurez o a anormalidades congenitales, 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. 58 59 Manual de Ética Médica – Características principales de la ética médica Manual de Ética Médica – El *médico* y el paciente

- **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 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.

"… 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.

CAPÍTULO III
EL MÉDICO Y LA SOCIEDAD

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. 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 seguirán 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"

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 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.

"… en casos excepcionales el *médico* tenga que poner los intereses de otros por sobre los del paciente. "

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."

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 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.

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

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"

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 tiene 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 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.”

“… 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.”

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 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 a 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.

"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."

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 medicamentos y equipo *médico*, etc. Estos programas muestran el lado positivo de la globalización y sirven para compensar, en parte, el movimiento de médicos desde países pobres hacia los ricos.

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.

CAPÍTULO IV
EL MÉDICO Y LOS COLEGAS

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 anti-ética 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 sobreponen: 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 *jerarquía* del cuerpo que presta atención médica, por sobre las enfermeras y otros profesionales de la salud.

"Los médicos forman parte de una profesión que ha funcionado tradicionalmente de una manera muy jerárquica…"

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 han 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 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.

"… el modelo de toma de decisiones cooperativo ha reemplazado al modelo autoritario que era característico del paternalismo médico tradicional."

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 el 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 auto-instrucción.

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 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 de tratar a sus estudiantes con respeto y servir de buenos modelos para tratar a los pacientes."

Los profesores tienen la obligación particular de pedir a sus alumnos que no realicen prácticas anti-éticas. 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 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 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.

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

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 E tica Médica de la AMM establece que: “el *médico* debe tratar con honestidad a pacientes y colegas, y esforzarse por denunciar a los médicos débiles de carácter o deficientes en competencia profesional, 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 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.

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

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 "afiliación política, clase social, credo, edad, enfermedad o incapacidad, nacionalidad, origen étnico, raza, sexo o tendencia sexual" (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.

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

Estas restricciones sobre la "propiedad" de los pacientes necesitan ser compensada con otras medidas destinadas a resguardar la primacía 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 África 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 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 incertitud 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*.

"… la incertitud 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 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.

CAPÍTULO V
LA ÉTICA Y LA INVESTIGACIÓN MÉDICA

Objetivos

Después de leer este capítulo usted debe ser capaz de:

- Identificar los principios esenciales de la ética de investigación.
- Saber cómo lograr un equilibrio entre la investigación y la atención clínica.
- Cumplir con los requisitos de los comités de revisión ética.

CASO PRÁCTICO 4

La Dra. R, *médico* generalista en un pequeño pueblo rural, ha sido contactada por una organización de investigación por contrato (OIC) para participar en un ensayo clínico de un nuevo anti-inflamatorio no esteroideo (AINE) para la osteoartritis. Le ofrecen una cantidad de dinero por cada paciente que inscriba en el ensayo. El representante de la organización le asegura que el ensayo cuenta con todas las

autorizaciones necesarias, incluida la del comité de revisión ética. La Dra. R. nunca ha participado en un ensayo antes y está contenta de tener esta oportunidad, en especial con dinero extra, por lo que acepta sin averiguar más sobre los aspectos científicos y éticos del ensayo.

Importancia de la investigación médica

La medicina no es una ciencia exacta como las matemáticas o la física. Existen muchos principios generales que son válidos la mayoría de las veces, pero cada paciente es diferente y lo que es un tratamiento eficaz para 90% de la población puede que no funcione con el 10% restante. Por esto, la medicina es intrínsecamente experimental. Incluso los tratamientos más ampliamente aceptados necesitan ser controlados y evaluados para determinar si son eficaces para pacientes específicos y para los pacientes en general. Esta es una de las funciones de la investigación médica.

"…la medicina es intrínsecamente experimental."

Otra función tal vez más conocida es la creación de nuevos tratamientos, en especial medicamentos, aparatos médicos y técnicas quirúrgicas. Se han realizado muchos avances en esta área durante los últimos 50 años y en la actualidad se hace mucha más investigación que nunca antes. No obstante, todavía quedan muchas preguntas sin respuestas sobre el funcionamiento del cuerpo humano, las causas de las enfermedades (tanto conocidas como nuevas) y la mejor manera de evitarlas o sanarlas. La investigación médica es el único medio de dar respuesta a estas interrogantes.

Además de tratar de entender mejor la fisiología humana, la investigación médica explora una gran variedad de otros factores de la salud humana, incluidos lo patrones de las enfermedades (epidemiología), la organización, el financiamiento y la prestación de atención médica (investigación de sistemas de salud), los aspectos sociales y culturales de la salud (sociología y antropología médicas), la legislación (medicina legal) y la ética (ética médica). La importancia

de estos tipos de investigación es cada vez más reconocida por los organismos encargados del financiamiento, muchos tienen programas específicos de investigación médica no fisiológica.

Investigación en la práctica médica

Todos los médicos utilizan los resultados de la investigación médica en sus prácticas clínicas. Para mantener su competencia, el *médico* debe mantenerse actualizado con la investigación actual en su especialidad por medio de programas de educación médica continua o desarrollo profesional continuo, revistas médicas y contactos con colegas bien informados. Incluso si no realiza investigación, el *médico* debe saber interpretar los resultados de la investigación y aplicarlos a sus pacientes. Por esto, es esencial un conocimiento básico de los métodos de investigación para lograr una práctica médica competente. La mejor manera de obtener estos conocimientos es a través de la participación en proyectos de investigación, ya sea como estudiante de medicina o después de la graduación.

"Incluso si no realiza investigación, el médico debe saber interpretar los resultados de la investigación y aplicarlos a sus pacientes."

El método más común de investigación para el *médico* en ejercicio es el ensayo clínico. Antes de que las autoridades reguladoras mandatadas por el Gobierno puedan aprobar un nuevo medicamento, se le debe someter a extensas pruebas de seguridad y eficacia. El procedimiento comienza con los estudios en laboratorio y sigue con las pruebas en animales. Si esto demuestra potencialidades, las cuatro etapas o fases de la investigación clínica son las siguientes:

- Primera etapa: por lo general la investigación se realiza con un pequeño grupo de voluntarios en buena salud que con frecuencia son remunerados por su participación. El objetivo es conocer la dosis necesaria del medicamento para producir una respuesta en el cuerpo humano, cómo el cuerpo procesa el medicamento y si produce efectos tóxicos o peligrosos.

- Segunda etapa: la investigación se realiza en un grupo de pacientes que tienen la enfermedad que deberá tratar el medicamento. El objetivo es conocer si el medicamento produce algún efecto beneficioso para la enfermedad y si tiene efectos secundarios peligrosos.
- Tercera etapa: la investigación es el ensayo clínico, en el que el medicamento se administra a una gran cantidad de pacientes y se compara a otro medicamento, si existe otro para la condición en cuestión o a un placebo. Cuando es posible, estos ensayos son a "doble ciego", es decir, ni la persona que participa en la investigación ni el *médico* saben quién recibe el medicamento o el placebo.
- Cuarta etapa: la investigación se realiza después que el medicamento ha obtenido la licencia y se ha comercializado. En los primeros años, el nuevo medicamento es controlado para ver los efectos secundarios que no se detectaron en las etapas anteriores. Además, la compañía farmacéutica, por lo general, está interesada en saber cómo el medicamento ha sido recibido por los médicos que lo prescriben y los pacientes que lo utilizan.

El rápido aumento de los ensayos en curso durante los últimos años ha requerido encontrar y recrutar a grupos de pacientes cada vez más grandes a fin de cumplir con los requisitos estadísticos de los ensayos. Los encargados de los ensayos, ya sean médicos independientes o compañías farmacéuticas, cuentan con la ayuda de otros médicos, a menudo en otros países, para conseguir pacientes dispuestos a participar en la investigación.

Aunque esta participación en investigación es una experiencia valiosa para el *médico*, existen problemas potenciales que deben ser reconocidos y evitados. Primero, la función del *médico* en la relación médico-paciente es distinta de la función del investigador en la relación investigador-participante en la investigación, incluso si el *médico* y el investigador son la misma persona. La responsabilidad principal del *médico* es la salud y el bienestar del paciente, mientras que la del investigador es la generación de conocimientos, los que pueden contribuir o no a la salud y bienestar del participante en la investigación.

"… la función del médico en la relación médico-paciente es distinta de la función del investigador en la relación investigador-participante en la investigación…"

Por esta razón, existe un potencial de conflicto entre las dos funciones. Cuando sucede esto, la función del *médico* debe tener prioridad sobre la del investigador. Más adelante quedará en evidencia lo que significa esto.

Otro problema potencial al combinar estas dos funciones es el conflicto de intereses. La investigación médica es una empresa bien financiada y a veces a los médicos se les ofrecen retribuciones importantes por su participación. Estas pueden incluir pagos en dinero efectivo por conseguir participantes para la investigación, equipos como computadores para transmitir los datos de la investigación, invitaciones a conferencias para exponer los resultados de la investigación y ser coautores de las publicaciones de los resultados. El interés del *médico* por obtener estos beneficios a veces puede entrar en conflicto con el deber de proporcionar al paciente el mejor tratamiento disponible. También puede haber un conflicto con el derecho del paciente de recibir toda la información necesaria para tomar una decisión totalmente informada sobre participar o no en una investigación.

Estos problemas potenciales pueden ser solucionados. Los valores éticos del *médico* –compasión, competencia y autonomía– se aplican también al investigador *médico*, de modo que no existe un conflicto intrínseco entre las dos funciones. En la medida en que el *médico* entienda y siga las reglas básicas de la ética de investigación, no debería tener ninguna dificultad en participar en investigación como componente integral de su práctica clínica.

Requisitos éticos

Los principios básicos de la ética de investigación están bien establecidos, aunque no siempre fue así. Muchos investigadores médicos notables de los siglos XIX y XX realizaron experimentos en pacientes sin sus consentimientos y con muy poca preocupación por

su bienestar. Aunque existían algunas declaraciones sobre ética de investigación de comienzos del siglo XX, no evitaron que médicos en la Alemania nazi y en otros lados realizaran investigación en personas que violaban sin duda los derechos humanos fundamentales. Después de la Segunda Guerra Mundial, algunos de estos médicos fueron juzgados y condenados por un tribunal especial en Nuremberg, Alemania. La base del juicio se conoce como el Código de Nuremberg, el que ha servido como documento fundamental de la ética de investigación moderna. Ente los diez principios de este Código está el requisito del consentimiento voluntario si un paciente desea tomar parte en una investigación.

La Asociación Médica Mundial fue creada en 1947, el mismo año en que se estableció el Código de Nuremberg. Conscientes de las violaciones de la ética médica antes y durante la Segunda Guerra Mundial, los fundadores de la AMM tomaron de inmediato medidas para asegurar que los médicos conocieran al menos sus obligaciones médicas. En 1954, después de varios años de estudio, la AMM adoptó un conjunto de Principios para los que realizan investigación y experimentación. Este documento fue revisado durante diez años y finalmente fue adoptado como la Declaración de Helsinki (DdH) en 1964. Fue revisada en 1975, 1983, 1989, 1996 y 2000. La DdH es un breve resumen de la ética de investigación. Se han publicado otros documentos más detallados en los últimos años sobre la ética de investigación en general (por ejemplo, las Pautas

Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos 1993, revisadas en 2002 del Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas [CIOMS]) y sobre temas particulares en la ética de investigación (por ejemplo, The E thics of Research Related to Healthcare in Developing Countries, 2002 del Consejo Nuffield de Bioética [Reino Unido]).

A pesar del alcance, el volumen y los autores diferentes de estos documentos, concuerdan en gran medida sobre los principios básicos de la ética de investigación. Estos principios han sido incorporados en las leyes o regulaciones de muchos países y organizaciones

internacionales, incluidas las encargadas de la aprobación de medicamentos y aparatos médicos. A continuación se presenta una breve descripción de los principios, tomados principalmente de la **Declaración de Helsinki:**

Aprobación del comité de revisión ética

Los párrafos 13 y 14 de la DdH estipulan que toda propuesta de investigación médica en seres humanos debe ser revisada y aprobada por un comité de ética independiente antes de realizarla. Para obtener la aprobación, los investigadores deben explicar el objetivo y la metodología del proyecto, demostrar cómo se recrutarán los participantes, cómo se obtendrá su consentimiento y cómo se protegerá su privacidad, especificar cómo se financiará el proyecto y dar a conocer todo conflicto de intereses potencial de parte de los investigadores. El comité de ética puede aprobar el proyecto tal como fue presentado, exigir cambios antes de implementarlo o rechazar su aprobación. Muchos comités tienen además la función de controlar los proyectos en curso para asegurarse de que los investigadores cumplan con las obligaciones y puedan suspender un proyecto, si es necesario, por graves incidentes adversos inesperados.

"… toda propuesta de investigación médica en seres humanos debe ser revisada y aprobada por un comité de ética independiente antes de realizarla."

La razón para pedir la aprobación de un proyecto por el comité de ética es que ni los investigadores ni los participantes son lo suficientemente objetivos y bien informados para determinar si un proyecto es apropiado científica y éticamente. Los investigadores tienen que demostrar a un comité de expertos imparciales que el proyecto vale la pena, que son competentes para realizarlo y que los participantes potenciales estarán protegidos contra daños en la medida máxima de lo posible.

Un problema no resuelto sobre la revisión del comité de ética es si un proyecto multifacético necesita la aprobación del comité para cada

faceta o si es suficiente la aprobación de un comité. Si las facetas son realizadas en distintos países, por lo general son necesarias la aprobación y revisión en cada país.

Mérito científico

El párrafo 11 de la DdH estipula que la investigación médica en seres humanos debe estar justificada por bases científicas. Este requisito pretende eliminar los proyectos que no tienen probabilidades de tener buenos resultados, por ejemplo, porque son inadecuados desde el punto de vista metodológico o si incluso son exitosos, es probable que tengan resultados insignificantes. Si a los pacientes se les pide participar en un proyecto de investigación, incluso si el riesgo de daño es mínimo, se deben esperar resultados científicos importantes.

"… la investigación médica en seres humanos debe estar justificada por bases científicas."

Para asegurar el mérito científico, el párrafo 11 establece que el proyecto debe estar basado en un profundo conocimiento de la bibliografía del tema y en experimentos de laboratorio y en animales, cuando sea apropiado, que demuestren buenas razones para esperar que la intervención propuesta será eficaz en los seres humanos. Toda investigación en animales debe estar conforme con las normas éticas que reduzcan al mínimo la cantidad de animales utilizados y eviten el dolor innecesario. El párrafo 15 agrega otro requisito: que la investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas científicamente calificadas. El comité de revisión ética tiene que estar convencido de que se cumplan estas condiciones antes de aprobar el proyecto.

Valor social

Uno de los requisitos más polémicos de un proyecto de investigación médica es que contribuya al bienestar de la sociedad en general. Se aceptaba ampliamente que los avances en el conocimiento científico tenían un valor intrínseco y no necesitaban otra justificación. Sin

embargo, puesto que los recursos disponibles para la investigación médica son cada vez más inapropiados, el valor social ha surgido como un criterio importante para decidir si un proyecto debe ser financiado.

"… el valor social ha surgido como un criterio importante para decidir si un proyecto debe ser financiado."

Los párrafos 18 y 19 de la DdH favorecen sin duda la consideración del valor social en la evaluación de los proyectos de investigación.
La importancia del objetivo del proyecto, entiéndase como científica y social, debe ser mayor que los riesgos y los costos para los participantes en la investigación. Además, las poblaciones en las que se realiza la investigación deben beneficiarse de sus resultados. Esto es muy importante en los países donde existe un potencial de trato injusto de los participantes que soportan los riesgos y las incomodidades de la investigación, mientras los medicamentos que se fabrican como resultado de la investigación sólo benefician a los pacientes de otros lugares.

El valor social de un proyecto de investigación es más difícil de determinar que su mérito científico, pero no es una buena razón para ignorarlo. Los investigadores y los comités de revisión ética deben asegurarse que los pacientes no sean sometidos a exámenes que es probable que no tengan ningún propósito social útil. Hacer lo contrario sería un desperdicio de valiosos recursos de salud y afectaría la reputación de la investigación médica como factor principal que contribuye a la salud y bienestar del ser humano.

Riesgos y beneficios

Una vez que se han establecido el mérito científico y el valor social del proyecto, el investigador tiene que demostrar que los riesgos para los participantes en la investigación no son irrazonables o desproporcionados con respecto a los beneficios esperados, que tal vez ni siquiera los aprovechen los participantes. El riesgo es el potencial de un resultado adverso (daño) que tiene dos elementos:

1) la probabilidad de producir un daño (de muy poco probable a muy probable) y 2) la gravedad del daño (de insignificante a discapacidad grave permanente o muerte). Un riesgo muy poco probable de daño insignificante no sería problemático para un buen proyecto de investigación. Al otro extremo, un riesgo probable de daño grave sería inaceptable, al menos que el proyecto proporcione la única esperanza de tratamiento para los participantes con enfermedades terminales. Entre estos dos extremos, el párrafo 17 de la DdH estipula que los investigadores deben evaluar adecuadamente los riesgos y estar seguros que pueden manejarlos. Si se desconoce totalmente el riesgo, el investigador no debe seguir adelante con el proyecto hasta que disponga de información confiable, por ejemplo, de estudios de laboratorio o de experimentos en animales.

"Si se desconoce totalmente el riesgo, el investigador no debe seguir adelante con el proyecto hasta que disponga de información confiable…"

Consentimiento informado

El primer principio del Código de Nuremberg estipula lo siguiente: "El consentimiento voluntario del ser humano es absolutamente esencial". El párrafo explicativo que se adjunta a este principio establece que el participante en la investigación "deberá tener información y conocimiento suficientes de los elementos del correspondiente experimento, de modo que pueda entender lo que decide."

"El consentimiento voluntario del ser humano es absolutamente esencial"

La DdH entrega más detalles sobre el consentimiento informado. El párrafo 22 especifica lo que el participante en la investigación tiene que saber para tomar una decisión informada sobre su participación. El párrafo 23 advierte sobre presionar a las personas para que tomen parte en la investigación, ya que en dichas circunstancias el consentimiento puede no ser totalmente voluntario. Los párrafos 24 y 26 tratan sobre los participantes en la investigación que no pueden

dar su consentimiento (menores de edad, enfermos mentales graves, pacientes inconscientes). Ellos pueden tomar parte en la investigación, pero sólo bajo estrictas condiciones.

La DdH , al igual que otros documentos sobre la ética de investigación, recomienda que el consentimiento informado puede demostrarse si el participante en la investigación firma un “formulario de consentimiento” (párrafo 22). Muchos comités de revisión ética piden al investigador que les proporcione el formulario de consentimiento que utilizará para su proyecto. En algunos países, estos formularios son tan largos y detallados que ya no sirven para el objetivo de informar al participante en la investigación sobre el proyecto. En todo caso, el procedimiento de obtener el consentimiento informado no comienza y termina con la firma del formulario, sino que debe incluir una cuidadosa explicación oral del proyecto y todo lo que significará para el participante. Además, se debe informar a los participantes que están en libertad de retirar su consentimiento para participar en todo momento, incluso después que el proyecto haya comenzado, sin ninguna represalia de parte de los investigadores o de otros médicos y sin comprometer su atención médica.

Confidencialidad

Como los pacientes en atención clínica, los participantes en la investigación tienen derecho a la privacidad con respecto a su información personal de salud. Sin embargo, a diferencia de la atención clínica, en la investigación es necesario revelar la información personal de salud a otros, incluida la comunidad científica en general y a veces a la opinión pública. A fin de proteger la privacidad, los investigadores deben asegurarse de obtener el consentimiento informado de los participantes en la investigación para utilizar su información personal de salud para investigar, para esto es necesario comunicar con anticipación a los participantes los usos que se le dará a su información. Como regla general, la información debe hacerse anónima y debe almacenarse y transmitirse en forma segura. La Declaración de la AMM sobre las Consideraciones E ticas de las Bases de Datos de Salud proporciona más información sobre el tema.

"... los participantes en la investigación tienen derecho a la privacidad con respecto a su información personal de salud."

Conflictos de funciones

Se mencionó anteriormente en este capítulo que la función del *médico* en la relación médico-paciente es diferente de la función del investigador en la relación investigador-participante en la investigación, incluso si el *médico* y el investigador son la misma persona. El párrafo 28 de la DdH especifica que en estos casos la función del *médico* debe prevalecer. Esto significa, entre otras cosas, que el *médico* debe estar preparado para recomendar que el paciente no tome parte en un proyecto de investigación si está bien con el tratamiento actual y si el proyecto considera que los pacientes sean seleccionados al azar para diferentes tratamientos o placebo. Sólo si el *médico*, con una sólida base científica, no sabe realmente si el tratamiento actual del paciente es tan adecuado como el nuevo tratamiento propuesto, o incluso un placebo, entonces debe pedir al paciente que participe en el proyecto de investigación.

Informe veraz de los resultados

No debiera ser necesario pedir que los resultados de la investigación sean informados de manera exacta, pero lamentablemente ha habido muchos casos de prácticas fraudulentas en la publicación de los resultados de la investigación. Los problemas incluyen el *plagio*, invención de información, publicación duplicada y autoría "regalada". Estas prácticas pueden beneficiar al investigador, al menos hasta que sea descubierto, pero pueden causar mucho daño a los pacientes, a los que se les puede administrar tratamientos incorrectos basados en informes incorrectos o falsos y a otros investigadores que pueden perder mucho tiempo y recursos tratando de hacer un seguimiento de los estudios.

"… ha habido muchos casos de prácticas fraudulentas en la publicación de los resultados de la investigación."

Denuncia

A fin de evitar la investigación antiética o revelarla después del hecho, toda persona que tenga conocimiento de dicha conducta tiene la obligación de entregar esta información a las autoridades correspondientes. Lamentablemente, esta denuncia no siempre es apreciada o incluso llevada a cabo y a veces los *denunciantes* son castigados o aislados por tratar de avisar esta mala conducta. Esta tendencia parece que está cambiando, ya que los científicos médicos y los fiscalizadores de gobierno estiman necesario detectar y castigar la investigación antiética y comienzan a apreciar la función de los *denunciantes* para lograr este objetivo.

Los miembros más jóvenes de un equipo de investigación, como los estudiantes de medicina, pueden constatar que es muy difícil reaccionar ante sospechas de una investigación antiética, ya que pueden considerarse que no están calificados para juzgar las acciones de los investigadores más antiguos y es probable que sean castigados si expresan su opinión. Sin embargo, por lo menos deben negarse a participar en prácticas que consideren anti-éticas, por ejemplo, mentir a los participantes en la investigación o inventar información. Si observan que otros se involucran en estas prácticas, deben tomar cualquier medida posible para informar a las autoridades correspondientes, ya sea de manera directa o en forma anónima.

Problemas no resueltos

No todos los aspectos de la ética de investigación tienen un acuerdo general. Mientras la ciencia médica sigue progresando en áreas como la genética, las neurociencias y el trasplante de órganos y tejidos, surgen nuevas interrogantes sobre la aceptabilidad ética de las técnicas, procedimientos y tratamientos para los que no existen respuestas preparadas. Además, otros problemas anteriores todavía causan polémica ética, por ejemplo, en qué condiciones se debe incluir un placebo en un ensayo clínico y qué atención médica continua se debe prestar a los participantes en una investigación médica. A nivel mundial, la brecha 10/90 en la investigación médica (sólo 10%

del financiamiento de la investigación en el mundo se invierte en problemas de salud que afectan a un 90% de la población del planeta) es sin dudas un problema ético no resuelto. Cuando los investigadores abordan en realidad problemas en las regiones del mundo con escasos recursos, con frecuencia se ven enfrentados a problemas generados por conflictos entre su perspectiva ética y la de las comunidades donde trabajan. Todos estos problemas necesitan mucho más análisis y debate antes de poder lograr un acuerdo general.

"... sólo 10% del financiamiento de la investigación en el mundo se invierte en problemas de salud que afectan a un 90% de la población del planeta"

A pesar de todas estas dificultades potenciales, la investigación médica es una actividad valiosa y gratificadora para los médicos y los estudiantes de medicina, al igual que para los participantes en la investigación. En realidad, los médicos y los estudiantes de medicina debieran participar en la investigación para que así puedan apreciar el otro lado de la relación investigador-participante en una investigación.

ANÁLISIS DEL CASO PRÁCTICO

La Dra. R. no debería haber aceptado tan rápidamente. Primero ella debe averiguar más sobre el proyecto y asegurarse de que reúne los requisitos de una investigación ética. En particular, debe pedir ver el protocolo que se presentó al comité de revisión ética y todos los comentarios o condiciones que el comité emitió sobre el proyecto. Ella sólo debe participar en proyectos relacionados con su ámbito de práctica y debe estar conforme con el mérito científico y el valor social del proyecto. Si estima que no es capaz de evaluar el proyecto, ella debe pedir asesoría a colegas en centros más grandes. Debe asegurarse que actuará por el bienestar de sus pacientes y que sólo incluirá a los que no verán afectados con el cambio de su tratamiento actual por uno experimental o por un placebo. La doctora debe poder explicar las alternativas a sus pacientes, de manera que ellos puedan dar su consentimiento totalmente informados para su participación o

su exclusión. No debe acordar incluir una cantidad fija de pacientes en la investigación, ya que esto puede que la lleve a presionar a los pacientes para que acepten, quizás contra sus mejores intereses. Debe controlar cuidadosamente a los pacientes que participan en el estudio por si hay incidentes adversos inesperados y debe estar preparada a tomar medidas rápidas de corrección. Por último, ella debe comunicar a sus pacientes los resultados de la investigación cuando éstos estén disponibles.

CAPÍTULO VI
CONCLUSIÓN

Responsabilidades y privilegios del médico

Este Manual ha abordado principalmente los deberes y las responsabilidades de los médicos, en realidad esta es la esencia de la ética médica. Sin embargo, al igual que todos los seres humanos, los médicos tienen derechos y también responsabilidades y la ética médica no estaría completa si no considerara cómo los médicos deben ser tratados por los demás, ya sean los pacientes, la sociedad o los colegas. Esta perspectiva de la ética médica es cada vez más importante, ya que en muchos países los médicos experimentan una gran frustración en el ejercicio de su profesión, debido a los recursos limitados, la micro-administración gubernamental o corporativa de la salud, los informes sensasionalistas de los medios de comunicación sobre los errores médicos y la conducta antiética de médicos o desafíos a su autoridad o conocimientos de parte de los pacientes y otro personal de la salud.

"… al igual que todos los seres humanos, los médicos tienen derechos y también responsabilidades…"

La ética médica ha considerado en el pasado los derechos de los médicos al igual que sus responsabilidades. Los códigos de ética anteriores, como la versión de 1847 del código de la Asociación Médica de Estados Unidos, incluía secciones sobre las obligaciones

de los pacientes y del público ante la profesión. La mayoría de estas obligaciones están pasadas de moda, por ejemplo, "La obediencia del paciente a las prescripciones de su *médico* debe ser rápida e implícita. No debe permitir que su propia opinión inculta sobre su estado influya en su atención." Sin embargo, la afirmación "El público debe...tener una apreciación justa de las calificaciones médicas... (y) para proporcionar la motivación y facilidad para adquirir la educación médica..." todavía es válida. No obstante, en lugar de revisar y actualizar estas secciones, la AMA finalmente las eliminó de su Código de Ética.

En todos estos años, la AMM ha adoptado varias Declaraciones sobre los derechos del *médico* y las correspondientes responsabilidades de los demás, en especial los gobiernos, para respetar estos derechos:

- La Declaración de 1984 sobre la Libertad de Participar en Reuniones Médicas establece que "no debe...existir ninguna barrera que impida a los médicos asistir a reuniones de la AMM o a otras reuniones médicas, no importa el lugar donde ellas sean realizadas."
- La Declaración de 1986 sobre la Independencia y Libertad Profesional del Médico estipula: "Los médicos deben gozar de una libertad profesional que les permita atender a sus pacientes sin interferencias" y "Los médicos deben tener independencia profesional para representar y *defender* las necesidades de sus pacientes en materia de salud contra todos los que nieguen o limiten la atención que ellos necesitan."
- La Declaración de 1995 sobre la Responsabilidad Profesional por los Niveles de Atención Médica afirma que "toda opinión sobre la conducta profesional del *médico* debe tomar en cuenta la evaluación de los colegas médicos, quienes por su formación y experiencia, comprenden la complejidad de los asuntos médicos en cuestión." En este mismo texto se condena "todo procedimiento para considerar reclamos de pacientes o procedimientos para compensar a los pacientes, que no estén basados en una evaluación de buena fe de las acciones u omisiones del *médico*, por sus colegas."
- La Declaración de 1997 sobre el Apoyo a los Médicos que se Niegan a Participar o a Tolerar la Tortura u Otras Formas de Trato Cruel, Inhumano o Degradante compromete a la AMM a "apoyar y proteger, y solicitar a sus ANMs que apoyen y protejan, a los médicos

que resisten la participación en dichas prácticas inhumanas, o que trabajan para tratar o rehabilitar a sus víctimas, como también para asegurar el derecho de mantener los más altos principios éticos, incluido el secreto *médico*."

- La Declaración de 2003 sobre las Normas E ticas para Contratación Internacional de Médicos hace un llamamiento a cada país a "hacer todo lo posible para retener a sus médicos en la profesión y en el país al proporcionarles la ayuda que necesiten para lograr sus objetivos personales y profesionales, además de tomar en cuenta las necesidades y recursos del país" y a asegurar que "Los médicos que trabajan, ya sea permanente o temporalmente, en otro país que no sea su país de origen deben ser tratados en forma justa, en relación con los otros médicos de ese país (por ejemplo, oportunidades de carreras iguales y pago igual por el mismo trabajo)."

Aunque esta defensa a nombre de los médicos es necesaria, dadas las amenazas y desafíos que se han mencionado, a veces es necesario recordar a los médicos los privilegios que tienen. Las encuestas públicas en muchos países han demostrado de manera consistente que los médicos están entre los grupos de profesionales que gozan de la más alta consideración y confianza. Por lo general, reciben remuneración más altas que el promedio (mucho más elevadas en algunos países). Todavía tienen un amplio margen de autonomía clínica, aunque no tanto como antes. Muchos médicos buscan nuevos conocimientos a través de la investigación y lo que es más importante, prestan servicios de un valor inestimable para cada paciente, en particular aquellos que son vulnerables y que tienen más necesidad, y a la sociedad en general. Pocas ocupaciones tienen el potencial de satisfacción que ofrece la medicina, si consideramos los beneficios que proporciona el *médico*: alivio del dolor y sufrimiento, curación de enfermedades y confortar a los moribundos. El cumplimiento de los deberes éticos del *médico* es un precio bajo a pagar por todos estos privilegios.

"… a veces es necesario recordar a los médicos los privilegios que tienen."

Responsabilidades para consigo mismo

Este Manual ha clasificado las responsabilidades éticas del *médico* de acuerdo a sus principales beneficiarios: los pacientes, la sociedad y los colegas (incluidos otros profesionales de la salud). El *médico* olvida con frecuencia que tiene responsabilidades para consigo mismo y sus familias también. En muchos lugares del mundo, el ser *médico* ha requerido dedicarse a la práctica de la medicina con muy poca consideración por su propia salud y bienestar. Las semanas de trabajo de 60 a 80 horas son comunes y las vacaciones son consideradas como un lujo innecesario. Aunque muchos médicos parecen vivir bien en estas condiciones, sus familias pueden verse afectadas desfavorablemente. Otros médicos sin dudas que sufren con este ritmo de actividad profesional y terminan con cansancio crónico, abuso de drogas e incluso suicidio. Los médicos con su salud deteriorada son un peligro para sus pacientes, el cansancio es un factor importante en los accidentes médicos.

"El médico olvida con frecuencia que tiene responsabilidades para consigo mismo y sus familias también"

La necesidad de asegurar la seguridad del paciente y también promover un estilo de vida sano para los médicos lleva a algunos países a aplicar restricciones a la cantidad de horas y la duración de turnos que los médicos y estudiantes pueden trabajar. Algunas instituciones de formación médica ahora ofrecen facilidades a las doctoras para interrumpir sus programas de formación por razones familiares. Aunque estas medidas pueden contribuir a la salud y al bienestar del *médico*, cada uno es *responsable* de su cuidado. Además de evitar los riesgos obvios para la salud, como el tabaquismo, consumo de drogas y demasiado trabajo, el *médico* debe proteger y mejorar su propia salud y bienestar al identificar los factores de estrés en su vida profesional y personal y buscar e implementar estrategias apropiadas para luchar contra dichos factores. Cuando esto no da resultado, el *médico* debe consultar a colegas y profesionales calificados para solucionar los problemas que pueden afectar de manera negativa su relación con los pacientes, la sociedad o los colegas.

Futuro de la ética médica

Este Manual se ha centrado en la situación actual de la ética médica, aunque se han hecho varias referencias al pasado. Sin embargo, el presente siempre se nos va y es necesario anticiparse al futuro si no queremos quedarnos atrás. El futuro de la ética médica dependerá en gran medida del futuro de la medicina. En la primera década del siglo XXI, la medicina evoluciona muy rápidamente y es difícil predecir cómo será practicada cuando los estudiantes que cursan el primer año en la actualidad reciban sus diplomas y es imposible saber qué cambios ocurrirán cuando tengan la para jubilarse. El futuro no será necesariamente mejor que el presente, dada la inestabilidad política y económica generalizada, la degradación ambiental, el continuo avance del VIH/Sida y otras epidemias potenciales. Aunque podemos esperar que los beneficios del progreso *médico* lleguen finalmente a todos los países y que los problemas éticos que enfrenten sean similares a los que se debaten en la actualidad en los países ricos, podría ocurrir lo contrario: los países que ahora son ricos podrían deteriorarse hasta el punto en que sus médicos tengan que lidiar con epidemias de enfermedades tropicales y grave escasez de suministros médicos.

Dado que no se puede predecir el futuro, la ética médica tiene que ser flexible y abierta a los cambios y ajustes, como ya ha sido el caso durante cierto tiempo. Sin embargo, podemos esperar que los principios básicos se mantengan, en especial los valores de compasión, competencia y autonomía, además de su preocupación por los derechos humanos fundamentales y su dedicación al profesionalismo. No importa cuales sean los cambios que ocurran en la medicina como consecuencia de los avances científicos y los factores sociales, políticos y económicos, siempre habrá gente enferma que necesite una curación en lo posible y atención médica. Tradicionalmente, los médicos han proporcionado estos servicios juntos a otros como la promoción de la salud, prevención de enfermedades y administración de los sistemas de salud. Aunque el equilibrio entre estas actividades puede cambiar en el futuro, es probable que los médicos sigan cumpliendo una función importante en todas ellas. Como cada actividad incluye muchos desafíos éticos, los médicos tendrán que mantenerse informados sobre los progresos en

la ética médica, al igual que en otros aspectos de la medicina.
Con esto concluimos el Manual, pero para el lector debe ser sólo un paso en la inmersión permanente en la ética médica. Para repetir lo que dijimos en la Introducción, este Manual entrega sólo una introducción básica a la ética médica y a algunos de sus temas más importantes y busca proporcionar una apreciación de la necesidad de tener una reflexión continua acerca de la dimensión ética de la medicina, en especial sobre cómo abordar los problemas éticos que el *médico* enfrentará en el ejercicio de su profesión. La lista de recursos del apéndice B puede ayudarlo a profundizar sus conocimientos en este campo.

APÉNDICE A
GLOSARIO

Anestesista: en algunos países se utiliza el término anestesiólogo.

Bioética/ética biomédica: dos términos equivalentes para el estudio de problemas morales que se dan en la medicina, la atención médica y las ciencias biológicas. Existen cuatro subdivisiones principales: **ética clínica**, que trata los problemas en la atención del paciente (véase el capítulo II de este Manual); **ética de la investigación**, que trata la protección del ser humano en la investigación de la atención médica (véase el capítulo V de este Manual); **ética profesional**, que trata los deberes y las responsabilidades específicos que necesita tener el médico y otras profesiones de la salud (la **ética médica** es un tipo de ética profesional) y **ética de política pública**, que trata la formulación e interpretación de leyes y regulaciones sobre temas bioéticos.

Consenso: acuerdo general, pero no necesariamente unánime.

Defender: dar su opinión o tomar medidas a nombre de otra persona o grupo; defensor: alguien que actúa de esta manera. Los médicos cumplen la función de abogados de sus pacientes cuando se dirigen a los personeros de gobierno o de seguros de salud para que presten los servicios que necesitan sus pacientes, pero que no pueden obtener fácilmente por sí mismos.

Denunciante: alguien que informa a las autoridades o al público que una persona o una organización está haciendo algo anti-ético o ilegal.

Gestación substituta: forma de embarazo en el que una mujer acepta gestar un niño y entregarlo a su nacimiento a otra persona o pareja que en la mayoría de los casos ha proporcionado ya sea el perma (por inseminiación artificial) o el embrión (por fecundación in vitro y transferencia de embrión).

Jerarquía: disposición ordenada de personas de acuerdo a distintos niveles de importancia del más alto al más bajo. Jerárquico es el

adjetivo que describe dicha disposición. El término jerarquía también se utiliza para referirse a los líderes directivos de una organización.

Médico: persona calificada para ejercer la medicina. En algunos países, los médicos se diferencian de los cirujanos y se utiliza el término “doctor” para designar a ambos. Sin embargo, “doctor” lo usan miembros de otras profesiones de la salud, como dentistas y veterinarios, al igual que todos los que han obtenido un doctorado u otro grado de “doctor”. La AMM utiliza el término “médico” para todas las personas calificadas para ejercer la medicina, sin importar la especialidad, en este Manual se hace lo mismo.

Plagio: forma de conducta deshonesta en la que una persona copia el trabajo de otra, por ejemplo, todo o parte de un artículo publicado, y lo presenta como si fuera su propio trabajo (es decir, sin indicar la fuente).

Pluralista: con varios o diferentes enfoques o características: lo contrario de singular o uniforme.

Profesar: afirmar una creencia o una promesa en público. Es la base de los términos “profesión”, “profesional” y “profesionalismo”.

Racional: basado en la capacidad humana de razonamiento, es decir, ser capaz de considerar los argumentos a favor y en contra de una acción particular y tomar una decisión sobre qué alternativa es mejor.

Responsable: responder a alguien por algo (por ejemplo, los empleados son responsables ante sus empleadores por el trabajo que realizan). La responsabilidad pide estar preparado para dar una explicación por algo que uno ha hecho o no ha hecho.

Salud administrada: enfoque de organización de la salud en el que los gobiernos, las corporaciones o las compañías de seguro deciden qué servicios proporcionarán, quién los entregará (médicos especialistas, médicos generalistas, enfermeras, otros profesionales de la salud, etc.), dónde se proporcionarán (clínicas, hospitales, el domicilio del paciente, etc.) y otras materias relacionadas.

Tratamiento paliativo: enfoque de la atención de pacientes, en especial los que tienen probabilidades de morir en un futuro cercano por una enfermedad grave incurable que se centra en la calidad de vida del paciente, en particular el control del dolor. Se puede aplicar en hospitales, instituciones especiales para pacientes moribundos (llamados comúnmente hospicios) o en el domicilio del paciente.

Valorar: (verbo) considerar algo muy importante; valor: algo considerado muy importante.

Virtud: una buena calidad en las personas, en especial en su carácter y comportamiento. Algunas virtudes son muy importantes para ciertos grupos de personas, por ejemplo, la compasión para los médicos, la valentía para los bomberos, la verdad para los testigos, etc.

Voluntad anticipada: declaración, generalmente por escrito, que indica cómo una persona desea ser tratada o no tratada si ya no es capaz de tomar sus propias decisiones (por ejemplo, si está inconsciente o demente). Es una forma de planificación de atención anticipada, otra es elegir a alguien para que sea su representante para tomar decisiones en esas situaciones. Algunos Estados tienen legislación sobre la voluntad anticipada.

APÉNDICE B
RECURSOS SOBRE ÉTICA MÉDICA EN INTERNET

General

El Manual de Declaraciones de la Asociación Médica Mundial (www. wma. net/s/policy/handbook.htm) contiene la totalidad de los textos adoptados por la AMM (en inglés, francés y español).

La Unidad de Ética de la Asociación Médica Mundial (www.wma.net) contiene las siguientes secciones que son actualizadas cada mes:

- Novedades
- Actividades éticas de la AMM

- Políticas de la AMM sobre ética
- Declaración de Helsinki
- Recursos de la AMM para la ética
- Organizaciones
- Conferencias
- Educación en ética médica
- La ética y los derechos humanos
- La ética y el profesionalismo médico

Problemas relacionados con el comienzo de la vida

Clonación humana www.who.int/ethics/topics/cloning/en/ Reprodución asistida www.who.int/reproductive-health/infertility/report content.htm

Problemas relacionados con el término de la vida

Recursos www.nih.gov/sigs/bioethics/endoflife.html Educación para los médicos sobre la atención para el término de la vida www.ama-assn.org/ama/pub/category/2910.html Tratamiento paliativo www.hospicecare.com/Ethics/ethics.htm Contrarios a la eutanasia www.euthanasia.com/Recursos www.wits.ac.za/bioethics/ UNAIDS www.unaids.org/en/in+focus/hivaidshumanrights/ unaids+activities+hr.asp

Relaciones con empresas comerciales

Recursos educacionales www.ama-assn.org/ama/pub/category/5689 .html

Recursos www.nofreelunch.org/

Investigación en seres humanos

Normas y recursos www.who.int/ethics/research/en Harvard School of Public Health, problemas éticos en la investigación internacional en salud www.hsph.harvard.edu/bioethics/

APÉNDICE C
ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL

Resolución sobre la Inclusión de la E tica Médica y los Derechos Humanos en los Currículos de las Escuelas de Medicina a través del Mundo

(Adoptada por la 51ª Asamblea Médica Mundial, Tel Aviv, Israel, octubre 199)

1. CONSIDERANDO QUE la ética médica y los derechos humanos forman parte integral del trabajo y la cultura de la profesión médica, y

2. CONSIDERANDO QUE la ética médica y los derechos humanos forman parte integral de la historia, la estructura y los objetivos de la Asociación Médica Mundial,

3. POR LO TANTO, se resuelve que la AMM recomiende firmemente a las escuelas de medicina a través del mundo que la enseñanza de la ética médica y los derechos humanos sean incluidos como curso obligatorio en los currículos.

FEDERACIÓN MUNDIAL PARA LA E DUCACIÓN MÉDICA (WFME)

Normas Globales para el Mejoramiento de la Calidad de la Educación Médica Básica.

Estas normas, que se espera las cumplan todas las escuelas de medicina, incluyen las siguientes referencias a la ética médica:

1.4 Resultado Educativo

La escuela de medicina debe definir las competencias (incluidos los conocimientos y la comprensión de la ética médica) que los estudiantes deben mostrar después de su graduación en relación con su formación subsiguiente y sus futuros roles en el sistema de salud.

2.4 Programa Educacional – ética médica

La escuela de medicina debe identificar e incorporar en su currículo las contribuciones de la ética médica que permitan una contribución efectiva, toma de decisiones clínicas y prácticas éticas.

2.5 Programa Educacional – ciencias y habilidades clínicas

Las habilidades clínicas incluyen la toma de conocimiento del historial, comunicación y liderazgo de grupos. La participación en la atención del paciente incluye el trabajo en equipo con otras profesiones de la salud.

4.4 Recursos Educacionales – investigación

La interacción entre investigación y las actividades educacionales deben motivar y preparar a los estudiantes para participar en la investigación y su desarrollo.

APÉNDICE D
REFORZAMIENTO DE LA ENSEÑANZA DE LA ÉTICA EN LAS ESCUELAS DE MEDICINA

Algunas escuelas de medicina tienen muy poca enseñanza de ética, mientras que otras tienen programas muy completos. Sin embargo, incluso en estos últimos siempre es posible mejorarlos. Este es un proceso que puede ser iniciado por cualquiera, ya sea estudiante de medicina o miembro de la Facultad, que quiera reforzar la enseñanza de la ética médica en su institución.

1. Familiarizarse con la estructura de toma de decisiones en la institución
   - Decano
   - Comité de currículos
   - Consejo de la Facultad
   - Miembros influyentes de la Facultad

2. Buscar apoyo en otros
   - Estudiantes
   - Facultad
   - Administradores clave
   - Asociación médica nacional
   - Organismo regulador de los médicos a nivel nacional

3. Defender la ética
   - Resolución de la AMM sobre la Inclusión de la Ética Médica y los Derechos Humanos en el Currículo de las Escuelas de Medicina a través del Mundo
   - Normas Globales de la WFME para el Mejoramiento de la Calidad – Educación Médica Básica
   - Ejemplos de otras escuelas de medicina
   - Requisitos éticos para la investigación
   - Anticipar las objeciones (por ejemplo, un currículo sobrecargado)

4. Ofrecimiento de ayuda
   - Proporcionar sugerencias para la estructura, contenido, recursos de la facultad y de los estudiantes (véase la sección de la Unidad de Ética de la AMM en el sitio de la AMM sobre recursos para la enseñanza de la ética médica: www.wma.net/s/ethicsunit/ education.htm
   - Entrar en contacto con otros programas de ética médica, la AMM, etc.

5. Asegurar la continuidad
   - Defender la idea de un comité permanente de ética médica
   - Atraer a estudiantes jóvenes
   - Atraer a otras Facultades
   - Admitir a nuevas Facultades y administradores clave

APÉNDICE E
CASOS PRÁCTICOS

CONSEJO SOBRE ANTICONCEPTIVOS PARA UNA ADOLESCENTE

Sara tiene 15 años y vive en una ciudad donde las agresiones sexuales son cada vez más frecuentes. Ella va a su clínica para pedir una prescripción de anticonceptivos orales a fin de protegerse de un embarazo en caso que sea víctima de una agresión sexual. El embarazo terminaría con su educación y sería muy difícil para ella poder casarse. Sara le dice que no quiere que sus padres se enteren que usará anticonceptivos porque pensarán que desea tener relaciones sexuales con su novio. Usted sospecha de las razones que le da Sara, pero al mismo tiempo admira su determinación para evitar el embarazo.

Usted le aconseja que venga a verla a la clínica con sus padres para conversar el asunto.

Tres días más tarde ella vuelve a visitarla sola y le cuenta que trató de hablar con sus padres sobre el tema, pero que ellos no quisieron hablar del asunto. ¿Qué debe hacer usted ahora?

NIÑO PREMATURO*

Max nació después de 23 semanas de embarazo y está con respirador porque sus pulmones no están bien desarrollados. Además sufre de hemorragia cerebral pues los tejidos de los vasos todavía no son estables. Es poco probable que sobreviva en las próximas semanas y si lo hace es posible que quede con una grave discapacidad mental y física. El estado de Max se empeora cuando atrapa una gran infección intestinal, podría ser posible extirpar la parte inflamada del intestino, lo que le dejaría una mínima posibilidad de vida. Sus padres no dan su consentimiento porque no quieren que Max sufra con la operación y piensan que su calidad de vida nunca será suficiente. Como médico

* Sugerido por el Dr. Gerald Neitzke y la Sra. Mareike Moeller, Medizinische Hochschule Hannover, Alemania

tratante usted considera que se le debe operar y se pregunta cómo enfrentar el rechazo de los padres.

INFECCIÓN DE SIDA*

El Sr. S. es casado y tiene dos hijos en el colegio. Está en tratamiento en su clínica por una forma rara de neumonía que se asocia frecuentemente al sida. Los resultados de sus exámenes de sangre muestran que efectivamente él es seropositivo. El Sr. S. dice que quiere ser él quien decida si le cuenta a su esposa lo de la infección. Usted le indica que podría ser un asunto de vida o muerte para su mujer el que se proteja de la infección. Además, sería importante para ella que se hiciera un examen también. En caso que sea seropositiva, tendría la oportunidad de tomar medicamentos para retardar el brote de la enfermedad y así prolongar su vida. Seis semanas más tarde, el Sr. S. vuelve a su clínica para un control y para responderle su pregunta le dice que todavía no informa a su señora. No quiere que sepa de sus contactos homosexuales porque teme que eso podría fin a su relación y a su familia. Para protegerla él ha tomado las precauciones del caso para no contagiarla. Como médico tratante usted se pregunta si debe informar a la Sra. S. de la condición seropositiva de su marido contra su voluntad para que así pueda iniciar un tratamiento, si es necesario.

ATENCIÓN DE RECLUSOS

Como parte de su trabajo médico usted atiende durante un día cada dos semanas a los reclusos de una cárcel cercana. Ayer atendió a un recluso con múltiples abrasiones en su cara y el torso. Al preguntarle cómo se hizo esas heridas, el paciente le responde que fue atacado por el personal durante un interrogatorio cuando se negó a responder las preguntas. Aunque este es el primer caso de este tipo que le toca, usted ya ha escuchado de casos similares de parte de sus colegas. Usted está convencido de que debe hacer algo, pero el paciente no lo autoriza a revelar información sobre él por temor a represalias de las autoridades de la cárcel. Por otra parte, usted no está seguro que

el paciente le haya dicho la verdad, el guardia que lo trajo le dijo que estuvo peleando con otro recluso. Usted tiene una buena relación con el personal de la prisión y no quiere echarla a perder con acusaciones sin base de maltrato de los reclusos. ¿Qué debe hacer?

DECISIÓN SOBRE EL TÉRMINO DE LA VIDA

Una mujer de 80 años es ingresada a su hospital desde un hogar de ancianos para un tratamiento de neumonía, su estado es frágil y está un poco demente. Usted trata con éxito la neumonía, pero justo antes de que sea dada de alta sufre un infarto que le deja paralizado el lado derecho y le impide alimentarse por sí misma. Se le instala un tubo para alimentarla, lo que aparentemente le incomoda y después de varios intentos por sacárselo con su brazo izquerdo, se le inmoviliza el brazo. Ella no puede expresarse y no se ha podido encontrar a sus hijos o a otros familiares que pudieran tomar decisiones sobre su tratamiento. Después de varios días ustedes concluye que su estado no mejorará y que la única manera de aliviarle el sufrimiento es administrarle un sedante o sacarle el tubo de alimentación y dejar que se muera. ¿Qué debe hacer?

Más casos prácticos

UNESCO Chair in Bioethics informed consent case studies –http://research. haifa.ac.il/~medlaw/ (UNESCO Chair)

UK Clinical Ethics Network case studies – www.ethics-network.org. uk/Cases/archive.htm

Harvard School of Public Health international health research case studies – www.hsph.harvard.edu/bioethics/ (cases)

Commonwealth Medical Trust Training Manual of Ethical and Human Rights Standards for Health Care Professionals, Part 3, case studies www.commat.org/ 136

Colegio Médico
de Chile A.G.

Impresión y diagramción:
Editorial Atenas Ltda.
ventas@editorialatenas.cl

Colegio Médico
de Chile A.G.