



**COLEGIO DE MEDICINA
INTERNA DE MÉXICO, A. C.**

**1974 - 2019
XLV ANIVERSARIO**

Aspectos Éticos de la Medicina Interna

"La Medicina es: la más humana de las artes, la más artística de las ciencias y la más científica de las humanidades"

Edmund Pellegrino

Dr. Bernardo Tanur Tatz
Presidente del Comité de Ética y Bioética de la AMIM

Dr. Secretario General del Comité de Ética y Bioética de la AMIM

Dr. Vocal de Capacitación del Comité de Ética y Bioética de la AMIM

2002

ÉTICA

• DEFINICIÓN •

El Diccionario de la Lengua Española define a la ética como: “Parte de la filosofía que trata de la moral y de las obligaciones del hombre” (1).

En este sentido el mismo Diccionario define a la moral como: “Ciencia que trata del bien en general, y de las acciones humanas en orden a su bondad o malicia” (1) y se refiere a la “cualidad de las acciones humanas que las hace buenas”.

Bajo estas directrices podemos establecer el concepto de bioética como: “Rama de la filosofía que determina la práctica adecuada, de los actos relacionados con la vida de la persona humana, orientados hacia la preservación de su vida, a la luz de los principios morales”.

La ética médica, se podría concebir como “Disciplina que fomenta la buena práctica médica, mediante la búsqueda del beneficio del paciente; dirigida a preservar su dignidad, su salud y su vida”. Debe tenerse en cuenta, siempre procurar beneficencia y justicia, respetando la autonomía y dignidad de la persona humana, evitando la maleficencia, con los enfermos y con todas las personas, procurando siempre: fomentar la salud, combatir la enfermedad y procurar la vida, considerando que salud es la ausencia de enfermedad en un entorno de bienestar físico, mental y social.

La ética es la conciencia de la práctica médica. Una buena práctica dentro de los preceptos de la ética permite asegurar una atención médica con calidad.

● ANTECEDENTES ●

Si leemos con detalle el “Juramento Hipocrático”, inserto a continuación, identificaremos una gran parte de los principios éticos vigentes en la actualidad, algunos que desafortunadamente se han abandonado y otros que se han actualizado para adecuarlos a la cultura contemporánea, sin embargo puede decirse que todos ellos nos deben mover a la reflexión.

Juramento de Hipócrates

“Juro por Apolo médico, por Asclepio y por Higía, por Panacea y por todos los dioses y diosas, tomándolos por testigos, que cumpliré, en la medida de mis posibilidades y mi criterio, el juramento y compromiso siguientes:

Considerar a mi maestro en Medicina como si fuese mi padre, compartiré con él mis bienes y, si llega el caso, ayudarle en sus necesidades, tener a sus hijos por hermanos míos y enseñarles este Arte, si requieren aprenderlo, sin gratificación ni compromiso, hacer a mis hijos partícipes de los preceptos, enseñanzas orales y demás doctrinas, así como a los de mi maestro, y a los discípulos comprometidos y que han prestado juramento según la ley médica, pero a nadie más.

Dirigir el tratamiento con los ojos puestos en la recuperación de los pacientes, en la medida de mis fuerzas y de mi juicio, y abstenerse de toda maldad y daño.

No administrar a nadie un fármaco mortal, aunque me lo pida, ni tomar la iniciativa de una sugerencia de este tipo. Asimismo, no recetar a una mujer un pesario abortivo, sino, por el contrario, vivir y practicar mi arte de forma santa y pura.

No operar ni siquiera a los pacientes enfermos de cálculos, sino dejarlos en manos de quienes se ocupan de estas prácticas.

Al visitar una casa, entrar en ella para bien de los enfermos, manteniéndome al margen de daños voluntarios y de actos perversos en especial de todo intento de seducir a mujeres o muchachos, ya sean libres o esclavos.

* Comité de Ética y Bioética de la AMIM.

Callar todo cuanto vea u oiga, dentro o fuera de mi actuación profesional, que se refiera a la intimidad humana y no deba divulgarse, convencido de que tales casos deben mantenerse en secreto.

Si cumplo este juramento sin faltar a él, que se me conceda gozar de la vida y de mi actividad profesional rodeado de la consideración de todos los hombres hasta el último día de mi vida, pero si lo violo y juro en falso, que me ocurra todo lo contrario”.

En 1947 el Tribunal Internacional de Nuremberg, emitió el Código de Nuremberg, donde se precisan los lineamientos que debe cumplir la investigación con individuos humanos (2).

Con base en este documento en 1964 la Asamblea Médica Mundial, reunida en Helsinki emitió la “Declaración de Helsinki”, con precisiones adicionales, mismas que han sido sujetas a revisión y enmiendas en Tokio en 1975, Venecia en 1983 y Hong Kong en 1989 por la misma Asamblea (3).

Dentro de los documentos que pueden ser considerados como base de la ética moderna, debe tenerse en cuenta el Programa de Integridad de la Mayo Clinic Foundation (4) cuya última revisión se presentó en el Hospital Médica Sur en México en 2001, que tiene como eje de la honestidad en todos los aspectos del trabajo aplicable a todo el personal. En 1910 el Dr. William J. Mayo decía:

"Les exhorto, sobre todas las consideraciones a ser honestos. Y quiero decir que la honestidad esta en cada noción de la palabra: permítanle entrar en todo lo relacionado con su trabajo", considerando a la honestidad como elemento básico de la integridad en la dirección de la institución, en conjunto con la sinceridad, la ética, la moral y la ley.

Concluye señalando que el Programa de Integridad, establece las políticas y procedimientos relacionados con la ética de la conducta y señala una estructura denominada "oficina de cumplimiento", como responsable de implementarlo y vigilar su cumplimiento, atender dudas, preguntas e investigación y un departamento legal para asesorar en casos de dudas.

El código de Ética de la "Mayo Clinic Foundation" incluye nueve áreas:

1. Ética.
2. Información confidencial y secretos propios de la organización.
3. Conflicto de intereses y actividades fuera de la institución.
4. Uso de los fondos y recursos de Mayo.
5. Relación con proveedores.
6. Libros archivos y documentos privados.
7. Actividad política y contribuciones.
8. Seguridad, salud y medio ambiente.
9. Relaciones entre el personal.

En 1998 el Comité de Ética del American College of Physicians editó la cuarta edición de su Manual de Ética (5), en el cual se definen los preceptos que rigen el comportamiento ético de la práctica. Este manual incorpora la mayor parte de preceptos de la ética que son vigentes en nuestro medio y se enriquece constantemente con nuevos preceptos, derivados del análisis de casos que se someten a la consideración del Comité, en busca de asesoría o lineamientos para resolver problemas reales.

En 1998 la World Federation of Neurosurgical Societies y la European Association of Neurosurgical Societies publicaron las "Orientaciones Éticas para una Buena Practica Neuroquirúrgica" (6), con la participación de numerosos comités de Europa, Estados Unidos, Asia, África, Australia y la Federación Latinoamericana y del Caribe de Instituciones de Bioética, en la cual participa la Comisión Nacional de Bioética a través de Dr. Manuel Velazco Suárez. En este documento se establecen precisiones muy importantes dirigidas a los pacientes neuroquirúrgicos, aplicables en forma general a toda la práctica médica.

La Comisión Nacional de Bioética en 2001 editó y difundió el "Código-guía Bioética de Conducta Profesional" (7), para médicos, enfermeras, y otros trabajadores de la salud, en el cual se compilan los antecedentes en esta disciplina, incluyendo el Juramento de Hipócrates, el Código de Nuremberg, la Declaración de Helsinki con sus diferentes enmiendas, hechas por la Asamblea Médica Mundial hasta la de

Edimburgo, Escocia en el año 2000; los Doce Principios de la de la Asamblea Médica Mundial, el Código de Ética de la American Medical Association y de la World Federation of Neurosurgical Societies en 1998. En este documento se presenta una revisión muy completa que abarca la mayoría de los conceptos vigentes de la ética en la práctica médica.

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico en 2001 (8) presenta siete recomendaciones para mejorar la práctica de la medicina, todas ellas con un profundo sentido ético, mismas que podemos resumir en los siguientes puntos:

1. Relación médico- paciente respetuosa, donde se indican elementos como la oportunidad de la atención, comunicación adecuada, confidencialidad e información sobre el pronóstico.
2. Consentimiento informado antes de una intervención con riesgo o para ser sujeto de un proyecto de investigación.
3. Contar con registros en su expediente clínico.
4. Actuar en congruencia con los conocimientos médicos vigentes, evitar la medicina defensiva.
5. Atender pacientes solamente cuando se esté facultado para ello (título o diploma) de la especialidad que se trate, no participar en prácticas delictivas como: aborto, eutanasia y falsos certificados médicos.
6. Referir al paciente cuando no cuente con los recursos para su atención.
7. Atender las urgencias; no abandonar al paciente, inclusive en casos de: huelga, catástrofe o epidemia, inclusive con riesgo para el médico.

La Asociación de Medicina Interna de México, A.C. (AMIM) reconoce la necesidad de otorgar a sus miembros un documento consensado que dé las bases éticas y morales para los médicos internistas del país, adecuado de los conceptos universales de la Ética y la Bioética a las necesidades propias de México.

● CAPÍTULO 1 ●

LA ÉTICA COMO PARTE DE UNA ATENCIÓN MEDICA DE CALIDAD.

En la búsqueda de una atención médica de calidad, se han desarrollado numerosos programas, desde la revisión del expediente clínico (9-19) y la auditoria médica (20-21) , hasta el análisis estadístico de los procesos (22-24) , la satisfacción del usuario (25-27) y la evaluación integral de las unidades médicas (28-35).

En 1997 en el trabajo: “Administración de la Calidad de la Atención Médica” (36) , se propuso como definición de la atención médica de calidad: “Otorgar atención al usuario con oportunidad, conforme a los conocimientos médicos y principios éticos vigentes, con el propósito de satisfacer sus necesidades de salud y sus expectativas, así como las de los prestadores de servicios y de la Institución”.

Al observar esta definición se puede identificar un capítulo dedicado a los principios éticos vigentes, sin embargo en toda la definición se identifican elementos directamente relacionados con la ética, como la oportunidad en la atención, la atención con base en los conocimientos médicos vigentes, la búsqueda comprometida de la solución de los problemas de salud del paciente y del logro de sus expectativas a través del proceso de atención, todos ellos parte del compromiso ético que el médico adquiere cuando asume la responsabilidad de atender a un paciente.

Desde el punto de vista ético, la aceptación de un médico de atender los problemas de salud de un paciente, lleva implícito el compromiso de promover el bien y actuar conforme más convenga al paciente y a la salud de la sociedad, a través del diagnóstico, el tratamiento, la prevención de secuelas y discapacidades y de contribuir a que el paciente tenga una muerte digna.

La administración racional de los recursos para la atención del paciente, por la Institución, la aseguradora o el propio paciente y sus familiares, es un precepto claramente identificado de la ética médica a través de evitar gastos excesivos o innecesarios.

En congruencia con el propósito fundamental de este documento, se abordará inicialmente el concepto de: “congruencia con los principios éticos vigentes”.

Los principios éticos vigentes según se describió en el trabajo de referencia incluyen:

- Primero, no hacer daño (“primum, non nocere”).
- Equidad.
- Humanismo
- Privacía.
- Trato individualizado.
- Respeto al secreto profesional.
- Máximo beneficio con el mínimo riesgo.
- Consentimiento informado.
- Respeto a los principios culturales, morales y religiosos. Se presenta un análisis de cada uno de ellos.

A. PRIMERO NO HACER DAÑO.

El principio fundamental de la ética médica es evitar la maleficencia o llevar a cabo cualquier procedimiento médico, en conciencia de que pudiera ocasionar daño físico o moral para el paciente, situación que en ocasiones se puede comparar con llevar a cabo tratamientos o procedimientos, cuya efectividad es discutible y cuyo riesgo es tan elevado que no justifica su realización.

El médico no perjudicará intencionalmente a un paciente, ni participará en torturas, pena de muerte o cualquier acto que atente contra la salud o la vida humana en congruencia con lo dispuesto en las leyes correspondientes.

El daño puede ocasionarse tanto por lo que se hace, como por lo que se deja de hacer; por lo que se dice como por lo que se deja de decir, por conocimientos médicos insuficientes o no actualizados, impericia, negligencia o dolo; existiendo el riesgo de incurrir en acciones que pueden estar sujetas a quejas, demandas y al ejercicio de acciones legales.

B. EQUIDAD.

El médico debe ofrecer las oportunidades de atención sin hacer distinciones, ni otorgar preferencias o privilegios a los pacientes bajo su responsabilidad por cuestiones derivadas de: raza, religión, condición social, condición económica, condición política, género, edad, condiciones de invalidez, capacidad para tomar decisiones, preferencias políticas, preferencias sexuales, padecimiento con que curse, remuneración que perciba, condición de paciente público o privado y condición legal o privación de la libertad.

No es admisible desde el enfoque de la ética, que se otorgue una atención médica de menor calidad a pacientes de una raza o religión diferentes a las del médico tratante; preferencias a pacientes de condiciones sociales o económicas elevadas o menor cuidado a los que carecen de “estatus” social o son pobres, como tampoco justifica los privilegios o preferencias para los pacientes de las altas esferas sociales, económicas o políticas. Tampoco se justifica otorgar una atención con diferente calidad a personas en función de su género masculino o femenino, no es admisible que reciban un trato preferencial por los médicos del mismo género, ni discriminatorio por los del género diferente.

Es inaceptable una atención de menor calidad o calidez a pacientes ancianos, menores de edad o minusválidos por cualquier condición, incluyendo aislamiento, abandono o incapacidad para demandar una mejor atención o quejarse, dadas sus condiciones prevalentes que les limiten su capacidad de valerse por sí mismos o cooperar para su atención.

La ideología, participación o filiación en determinados partidos o corrientes políticas, diferentes o contrarias a la del médico o equipo de salud que lo atiende, no justifica conforme a la ética, una atención de calidad menor, como tampoco acredita el otorgamiento de privilegios o preferencias.

No existe justificación alguna para rechazar, para negar la atención o para no otorgar atención conforme a los principios vigentes de calidad, a pacientes que no compartan nuestras preferencias sexuales o que sean portadores de enfermedades potencialmente infectocontagiosas, como el V.I.H. o las hepatitis “B” y “C”. Las instituciones y el personal ocupacionalmente expuesto deben afrontar los riesgos y tomar las precauciones que se requieran para protegerse,

incluyendo la realización de pruebas diagnósticas periódicas. En caso de haberse infectado, deben recibir el tratamiento que corresponda y en caso de representar riesgo para sus pacientes, deben retirarse del Servicio, en principio por convencimiento de su médico tratante o inclusive violando la confidencialidad, puede otorgárseles un reacomodo laboral o hacerse acreedor a los beneficios que otorga la ley. En caso de que hubiera habido un contacto con riesgo, debe informarse al paciente que fue sujeto del mismo.

Una vez establecido el compromiso de otorgar atención a un paciente, no es aceptable otorgar atención diferencial, como consecuencia de la magnitud de la percepción económica que recibamos por ella, otorgando menor o mayor calidad, eficiencia o calidez. Es incorrecto desde el enfoque de la ética, restringir la prescripción de medicamentos, estudios diagnósticos o incapacidades que estén justificadas, por presiones de empresas, terceros pagadores o compañías de seguros, como tampoco se acepta la prescripción excesiva e injustificada, conforme a los conocimientos médicos vigentes, por intereses personales, participación de utilidades o medicina defensiva.

No puede admitirse que se otorgue un trato diferencial a pacientes de nuestra clientela privada, así como a los enfermos “recomendados” en comparación con los pacientes del sector público. En ambos casos deberá darse un trato similar a los pacientes, con base en los preceptos de calidad:

- Recibirlos en la puerta del consultorio o al lado de la cama.
- Extender la mano para saludarlos por su nombre, con una sonrisa, con el debido respeto para su edad y género, usando el gentilicio apropiado: “ Señor, Señora, Don, Licenciado, Doctor”, etc.
- Atenderlos personalmente en la consulta, visita hospitalaria, curaciones o cirugía; cuando deba intervenir un médico residente, siempre será bajo una supervisión estrecha.
- Informarles personalmente acerca de su padecimiento, contestamos sus preguntas y les instruimos acerca de cómo participar, para lograr una mejor y más pronta recuperación.
- No cancelarles cirugías, excepto cuando se presenten problemas que no podemos resolver o pongan en riesgo la salud o la vida del paciente.
- Debemos considerar que aunque los pacientes privados son una fuente de ingresos a través de un pago directo, los pacientes del sistema de salud pública, nos pagan mediante sus cuotas o impuestos deducidos de su salario, a través del sueldo que recibimos de la Institución en que laboramos y no debemos considerarlos únicamente como una carga de trabajo.

Cuando debemos atender a un paciente privado de la libertad, debemos atenderlo con el mismo esmero que a un paciente de nuestra clientela privada y jamás poner nuestros conocimientos a disposición de la práctica de acciones que van en contra de los más elementales derechos humanos como la tortura o la pena de muerte.

C. RELACIÓN MÉDICO PACIENTE.

La relación médico paciente es la parte fundamental del proceso de atención, durante la cual se presentan varios procesos que deben estar inmersos y regidos por los principios éticos vigentes. Podemos considerar como los principales: trato individualizado, privacidad durante la atención, respeto al pudor, ausencia de

manifestaciones de sexualidad, información oportuna, suficiente, completa y clara y humanismo en el contexto de la atención.

La relación médico paciente que originalmente incluía solo a dos personas, actualmente se ha diversificado por la participación de: la familia, el personal de salud, las autoridades Institucionales, compañías de seguros, abogados, jueces, comisiones de arbitraje y de derechos humanos.

El paciente tiene derecho a elegir al médico que desea que lo atienda, siempre y cuando sea competente en la materia o a solicitar su cambio, si no se siente satisfecho con el que lo está atendiendo.

C.1 Trato individualizado.

En la práctica médica, una vez aceptada la responsabilidad y el compromiso de otorgar atención a un paciente, el médico debe asumirla como la atención a un individuo de la especie humana, con todas las connotaciones que el término lleva implícitas:

- Debemos disponer del tiempo necesario para escuchar al paciente y para explicarle todo lo que desee saber sobre su padecimiento.
- Dirigirnos a él o ella por su nombre y nunca referirnos por el número de su cama o expediente, o haciendo referencia al padecimiento que los afecta. No debemos tratarlos con exceso de confianza, ni tutear a los mayores, siendo cariñosos con los niños, usando el diminutivo de su nombre y amables con los adultos; anteponer, cuando se requiera el gentilicio: señor, señora, licenciado, doctor, etc., y en las personas que por su edad consideremos conveniente el “don o doña”.
- Recordar que estamos tratando con una persona que merece todo nuestro respeto, habitualmente con desventajas físicas o emocionales, que ha depositado su confianza en nosotros y que espera un trato digno y amable.
- Si tenemos en cuenta que cuando estamos sanos somos muy sensibles a un trato descortés, indiferente, déspota o prepotente, debemos imaginarnos lo que podría sentir un paciente que se encuentra en condiciones de vulnerabilidad en ocasiones extrema, ante una de estas circunstancias y ser siempre amables en el trato hacia ellos, debemos tratar a nuestros pacientes con la misma amabilidad que quisiéramos ser tratados.
- Es conocido el cambio en el enfoque que han sufrido médicos que han tenido que enfrentarse a la “maquinaria” de los sistemas de atención médica vigentes, como “simples” pacientes y recibir los tratos que ellos mismos ofrecen a sus pacientes, ausentes de humanismo y amabilidad.
- Es importante conocer desde el ingreso del paciente, cuáles son sus disposiciones en relación al proceso de atención y particularmente en lo referente a los aspectos éticos de la atención, consignarlos en el expediente y si es necesario, apoyarse con la firma del paciente. En caso de que no hubiera un familiar legalmente responsable o un tutor, el paciente debe definir quien tomará las decisiones importantes en su representación, teniendo especial cuidado de no violar las disposiciones legales vigentes, fundamentando todas las decisiones en el expediente clínico y procurando siempre buscar el beneficio del paciente y cumplir con sus preferencias.
- Deberá favorecerse y promoverse la realización del “testamento de vida” por parte del enfermo y que este lo comunique a su familiares cercanos, para que de

presentarse la situación de toma de decisiones sobre suspensión de medidas extraordinarias, se pueda conocer la opinión del paciente en vida.

C.2 Privacía

El acto médico para el paciente conlleva el derecho de ser un acto privado entre él o ella y el médico o médica que lo atienda, sin que deba enterarse nadie más de la información que se maneje durante la consulta o atención hospitalaria.

La consulta médica y la exploración del paciente debe llevarse a cabo en un lugar privado, donde no se pueda escuchar lo que el paciente desee confiar a su médico y sin que al exponerse a la vista del médico, queden expuestas al público las partes íntimas del cuerpo de una mujer o un hombre.

La privacía en el trato en los hospitales en los que se imparte docencia, representa un reto adicional, puesto que con frecuencia durante los actos médicos se cuenta o se requiere de la presencia de médicos en proceso de formación, situación que normalmente los pacientes aceptan de buen grado y en conciencia de su importancia.

No obstante si un paciente demanda la privacía, a pesar de que se hubiera intentado convencerlo de la importancia social de la formación de nuevos médicos, estamos obligados a otorgarla.

La excepción del principio de privacía se debe tener principalmente en la atención a pacientes del género femenino, particularmente si son jóvenes o menores de edad en cuyo caso es necesario contar con la presencia de una enfermera, tanto para la “protección” de la paciente como del médico, especialmente si este es del género masculino, ante posibles acusaciones o demandas por atentados al pudor, o acoso sexual.

En el caso de la medicina Institucional, donde la información del paciente potencialmente puede ser consultada por diversas personas, médicas, paramédicas y aun no profesionales, es conveniente garantizar la confidencialidad, mediante la creación de códigos o claves, sobre todo si la información contenida en expedientes clínicos se considere “confidencial”.

C.3 Respeto al pudor.

Desde el punto de vista ético, debemos respetar el pudor de los pacientes, sea cual sea el concepto que estos tengan del mismo, sin que esto nos impida la realización de maniobras exploratorias que sean necesarias para el proceso de diagnóstico o tratamiento de los pacientes. Independientemente de ello no es aceptable exhibir el cuerpo de los pacientes o imágenes del mismo, innecesariamente aun cuando ellos lo permitan.

C.4 Manifestaciones de la sexualidad.

En las interacciones del proceso de atención y de la operación de un servicio de salud, tanto el personal, como los pacientes, sus acompañantes, familiares y proveedores de bienes y servicios, deben abstenerse de cualquier manifestación de su sexualidad entre sí, con o sin consentimiento de los otros, tanto hetero como homosexuales.

C.5 Información al paciente y sus familiares.

El paciente y sus familiares tienen derecho a estar informados verbalmente e inclusive por escrito, con veracidad y en términos que les resulten comprensibles, de:

- El diagnóstico de probabilidad o certeza de su padecimiento.

- De las expectativas a lograr a través del proceso de atención: curación, control, mejoría o paliación de la enfermedad.
- Del pronóstico y sus variaciones como consecuencia de la respuesta al tratamiento o de los resultados de los procedimientos diagnósticos.
- De las complicaciones, secuelas, fallas terapéuticas o efectos adversos.
- De los procedimientos diagnósticos que se realizarán, sus objetivos, sus riesgos, las molestias que ocasionan, los resultados que se espera obtener y las opciones disponibles.
- Del programa de tratamiento, sus objetivos, sus riesgos, las molestias que puede ocasionar, los beneficios que se puede obtener y las opciones disponibles.

En los casos que deba darse una mala noticia, deberá hacerse con la debida prudencia y tacto para evitar dañar emocionalmente al paciente. Si el paciente no puede comprender la información, ésta debe darse al familiar responsable.

A través de mantener una información completa y actualizada del paciente se pretende:

- Disminuir el nivel de ansiedad del paciente y sus familiares.
- Obtener su cooperación en el proceso de atención.
- Prevenir quejas y demandas por falta de comprensión del proceso de atención, sus resultados y sus expectativas.
- Incrementar su nivel de satisfacción.

No es ilícito que en la información se exagere la gravedad del problema o las dificultades para su atención, con el propósito de obtener un mayor reconocimiento, mayores percepciones económicas o justificar los malos resultados por falta de conocimientos o impericia, además de que puede deprimir al paciente y desmotivarlo para participar en su recuperación.

C.6 Humanismo.

El respeto a los valores fundamentales de los seres humanos es uno de los preceptos esenciales de la ética y particularmente de la ética médica. Pretender abarcar la totalidad de los principios contenidos en el humanismo requeriría de un tratado completo. Baste decir que debemos comportarnos en la relación médico-paciente con el mismo humanismo con que quisiéramos ser tratados.

D. MÁXIMO BENEFICIO CON EL MÍNIMO RIESGO

Partiendo del precepto que indica que: “el médico debe actuar siempre promoviendo el bienestar del paciente”, tomando en cuenta sus preferencias y sus intereses, es responsabilidad del médico cuidar que durante su atención se lleven a cabo, únicamente aquellos procedimientos diagnósticos o terapéuticos que se espera que conduzcan al mayor beneficio posible, con el mínimo riesgo para su salud, su vida o su economía, evitando la situación en donde al llevar a cabo procedimientos sobre todo terapéuticos que no representen beneficios al paciente, y pueda originarse una situación de “ensañamiento” terapéutico.

No se justifica exponer al paciente a procedimientos diagnósticos o terapéuticos, aun con riesgos mínimos, que no estén dirigidos a buscar un beneficio determinado, por ejemplo:

- Para completar “el caso” para fines académicos o para publicación. · Como parte de la práctica de medicina defensiva. · Por presiones de familiares o de otros médicos. · Para obtener participaciones de “utilidades”.
- Por carecer de los conocimientos o la pericia requeridos.
- Carecer de los elementos de juicio necesarios para la toma de decisión. · Por delegar la atención a personal insuficientemente preparado, inexperto o sin la suficiente pericia. - Para adquirir experiencia.

Un problema grave de la ética médica se presenta, cuando el médico se enfrenta a la disyuntiva de decidir, a que pacientes se debe atender en casos de catástrofes o sobredemanda (“triage”), en función de mayores o menores expectativas de vida, expectativas de vida productiva, responsabilidades familiares, etc., con riesgo de perder vidas recuperables y ocasionar mayor morbilidad.

Dados los costos tan elevados que tiene la atención médica en la actualidad, con frecuencia el máximo beneficio posible se ve limitado por costos que rebasan la capacidad de pago de las familias y representan un riesgo catastrófico para su economía, situación que un médico con ética debe cuidar en beneficio de sus pacientes.

Como contraparte tampoco es ético confrontar a nuestros pacientes con el riesgo de gastos excesivos, con un pobre o nulo beneficio e inclusive con riesgo de un daño, por procedimientos no indicados, mal indicados o lesivos. En este rubro debe incluirse a la cirugía innecesaria o con beneficios no confirmados.

En la definición de calidad de la atención médica propuesta al inicio de este capítulo, además de la congruencia que debe existir de una atención médica de calidad, con los principios éticos vigentes y se menciona el resto de los preceptos de calidad, que a continuación se mencionan, mismos que también son congruentes con los preceptos de la ética:

- Oportunidad en la atención.
- Otorgar atención en congruencia con los conocimientos médicos vigentes.
- Satisfacer las necesidades de salud del paciente.
- Satisfacción de las expectativas del paciente.

E. CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Es un derecho básico de los adultos en uso de sus facultades mentales, decidir lo que ha de hacerse con su persona. El médico no debe sustituir la concepción de calidad de vida del paciente, por la suya propia.

El paciente debe ser informado con veracidad, claridad, suficiencia e imparcialidad, de todo lo relativo al proceso de su atención y particularmente lo relacionado con el pronóstico, los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, que se llevarán a cabo para su atención, incluyendo: los beneficios que se espera lograr, las molestias que sufrirá durante el procedimiento, los riesgos, las posibilidades de complicaciones y las consecuencias del mismo, así como de su pronóstico y deberá alentarle a tomar su decisión con libertad, respetarse su autonomía, tener en cuenta sus deseos y preferencias. Si es posible ofrecerle más de una opción y solicitarle su consentimiento en forma implícita o explícita, oral o escrita, después de haberse cerciorado que el paciente comprendió la información

recibida, incluyendo recomendaciones, debiendo dar su aceptación en forma libre y sin coacción. Si no entiende puede hacer preguntas.

Cuando acepte debe comprometerse y participar en el proceso de la atención o informar al médico, cuando no estuviera dispuesto a hacerlo.

El consentimiento informado permite evitar algunas coacciones y define la responsabilidad profesional.

En la mayoría de los casos el consentimiento informado debe otorgarse por escrito, en formatos oficiales, “ex profeso”, con la firma de 2 testigos, preferentemente no familiares, con el propósito de prevenir quejas, demandas o conflictos legales. Las condiciones más comunes que lo requieren son:

- Para la hospitalización.
- Para la realización de una intervención quirúrgica.
- Para la práctica de cualquier procedimiento con fines de anticoncepción.
- Para la participación en protocolos de investigación.
- Para la realización de procedimientos diagnósticos o terapéuticos que impliquen riesgo.
- Para la práctica de procedimientos invasivos, particularmente si es necesario llevarlos a cabo bajo anestesia o sedación.
- La aceptación de la hospitalización y el cumplimiento de las normas hospitalarias, particularmente en lo referente a pacientes psiquiátricos, a quienes no se les puede hospitalizar en contra de su voluntad, sin un mandato judicial o en casos de urgencia extrema, con riesgo para su salud, su vida o la de quienes convivan con ellos.
- En las urgencias el consentimiento está implícito, a menos que el paciente haya expresado lo contrario.

En general puede decirse que no puede llevarse a cabo un procedimiento diagnóstico o terapéutico, en contra de la voluntad de un paciente capaz, aun en contra de la voluntad de su familia y en el caso de negativa de aceptación, por el paciente ésta deberá consignarse por escrito en el expediente clínico.

Una vez otorgado su consentimiento el paciente está obligado a participar responsablemente en su atención y en el caso de negativa de la aceptación, ésta deberá existir por escrito en el expediente clínico.

Si el paciente no está capacitado para otorgar su consentimiento, previa información y no hay un familiar responsable o un apoderado legal que pueda otorgarlo por él, se debe ser particularmente escrupuloso en las anotaciones que se hagan en el expediente clínico, especialmente en lo que se refiere a la fundamentación de las decisiones que se tomen. En estos casos, sobre todo si hay duda, el Comité de Ética Hospitalario puede intervenir a favor del paciente.

Debe tenerse en cuenta la existencia de un “testamento vital” en personas que no están en condiciones de tomar decisiones sobre atención y que con anticipación y por escrito pudieron haber expresado su voluntad de no recibir determinadas atenciones médicas, cuando estaba en pleno uso de sus facultades mentales.

F. RESPECTO AL SECRETO PROFESIONAL (CONFIDENCIALIDAD).

La información obtenida por el médico a través de la relación médico-paciente, registrada o no en el expediente clínico es confidencial y no puede ser revelada, sin la autorización expresa del paciente.

Debe evitarse comentar los casos médicos en público: elevadores, cafeterías, etc., ya que existiría el riesgo de que se identificara al paciente. También es necesario impedir los comentarios sin fundamento o conocimiento profundo de los casos clínicos o los padecimientos, así como evitar dar opiniones sobre la relación médico-paciente de otros colegas.

La excepción de esta situación se presenta cuando al no revelarla se dañaría a terceros o si existiese una petición judicial al respecto. En cuyo caso el médico debe tratar de convencer al paciente de revelarla, particularmente si pudiera tener implicaciones legales. Siempre debe buscarse minimizar las repercusiones para el paciente.

La información contenida en el expediente clínico debe ser conocida por el paciente y el médico debe proporcionarla a otros médicos a solicitud del paciente, en copias o por escrito, aún cuando tiene derecho a conservar el expediente.

La confidencialidad cada vez es más difícil de mantener, como consecuencia de los registros computarizados del expediente (no aceptados en la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico) y la transmisión de información vía fax.

G. RESPETO A LOS PRINCIPIOS CULTURALES, MORALES Y RELIGIOSOS.

Desde el enfoque de la ética, estamos obligados a respetar los principios culturales, morales y religiosos de los pacientes, independientemente de cual sea su credo y si lo compartimos o no. El médico debe tratar de entender el punto de vista del paciente, asesorarlo y tratar de convencerlo de lo que más le conviene. En caso de no lograrlo y de no haber un acuerdo, debe transferirlo a otro médico, remitiendo la información del expediente clínico y los estudios previos correspondientes, con autorización del paciente o en su defecto de la persona legalmente responsable.

No obstante pueden presentarse controversias, cuando estos se contraponen con una práctica médica bien definida o con la ley. Como ejemplo se tiene la negativa de los miembros de la comunidad de “Testigos de Jehová”, quienes se niegan a que se les administre sangre o sus derivados, aún cuando sea indispensable para su tratamiento o vaya de por medio su vida, situación que ha llevado a negar la atención en casos extremos, por el alto riesgo que esto representa. Adicionalmente en nuestro país, la ley indica que el médico está obligado a llevar a cabo cualquier procedimiento que se requiera para preservar la salud o la vida de un paciente.

Por lo anterior no es factible aceptar documentos en que liberan de toda responsabilidad al cuerpo médico de los daños a la salud o la muerte del paciente, por no haber administrado sangre durante el proceso de la atención, ya que un convenio privado como éste, no puede estar por arriba de la ley.

Cualquier acto médico sin el consentimiento implícito o explícito del paciente puede originar una demanda.

Podría ser facultad del Comité de Ética, abordar estos casos en forma particularizada, analizarlos y tratar de encontrar una propuesta conciliatoria, ya que en las repetidas consultas que se han hecho a las áreas jurídicas, para poder aclarar estas diferencias, no ha sido posible obtener respuestas que permitan normar una conducta con carácter general.

H. MUERTE DIGNA.

Es un compromiso ético, proveer al paciente en estado terminal o premortem de las condiciones necesarias que le permitan la transición entre la vida y la muerte, en las mejores condiciones posibles, si es legalmente factible, respetando los deseos explícitos del paciente; esto incluye algunos elementos fundamentales:

- Otorgar una atención amable, competente e integral desde el punto de vista físico, psicológico y espiritual hasta el momento de la muerte. Si es necesario se puede recurrir al apoyo de expertos en Tanatología.
- Proveer al paciente de un ambiente apacible y tranquilo, rodeado de sus seres queridos y sus afectos, con las condiciones necesarias de comodidad, preferentemente en su domicilio.
- El paciente tiene derecho a rechazar tratamientos dirigidos a prolongar artificialmente su vida o a substituirlos por otros, que a criterio del médico no sean recomendables. Sin embargo el médico tiene derecho a negarse a administrar tratamientos que no considere adecuados médicamente, excesivos o gravosos para el paciente o la familia, desde el punto de vista económico, moral o que puedan acelerar el desenlace final, especialmente si el beneficio esperado es nulo. En estas circunstancias se justificaría transferir al paciente a otro médico o solicitar la intervención del Comité de Ética Hospitalario.
- Debe tenerse en cuenta que la muerte es un fenómeno natural y que la vida debe prolongarse lo más que sea factible, pero no a prolongar indefinidamente una agonía, especialmente si es dolorosa para el paciente.

Conforme a la ley el médico, está comprometido a llevar a cabo cualquier procedimiento que se requiera para preservar la salud y la vida de sus pacientes y por lo tanto está facultado para retirarlo o para no suministrarlo, cuando dicho procedimiento no sea necesario o útil para cumplir con dichos propósitos, sin embargo carece de facultades para:

- Participar en forma activa en un suicidio asistido.
- Realizar acciones dirigidas a terminar con la vida del paciente.

Desde el punto de vista ético, no se justifica llevar a cabo maniobras de resucitación en pacientes que fallecen por una enfermedad terminal o irreversible. Debe distinguirse entre un paro cardíaco y la muerte. Los paros cardíacos en pacientes no terminales, deben ser revertidos, la muerte debe entenderse como un proceso natural y no deben llevarse procedimientos de resucitación.

Debe tenerse en cuenta las preferencias del paciente en el ejercicio de su autonomía para decidir, particularmente si está conciente o si las dejó por escrito cuando lo estaba (testamento vital).

Los casos de duda o controversia en este tema deben ser consultados con el Comité de Ética Hospitalarios y sus expertos en aspectos morales, religiosos y legales. Uno de estos casos se refiere a:

- Renunciar a llevar a cabo procedimientos para mantener artificialmente la vida.
- Necesidad de romper el precepto de confidenciabilidad, en beneficio de terceros.

Un problema relevante es la indicación, no indicación o suspensión del soporte vital, destinado a sustituir un proceso fisiológico ausente o deficiente, que pone en peligro la vida; incluye: ventilación mecánica, soporte hemodinámico, oxígeno, nutrición e hidratación parenteral, mismos que podrían ser fútiles, si el beneficio accesible es nulo.

Es más difícil suspender un recurso de soporte vital, que no indicarlo.

El soporte vital puede ser retirado según la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva en su Dictamen 5 (37), indica:

1. Cuando no se ha logrado la efectividad buscada.
2. Cuando se trata de prolongar una inconciencia irreversible.
3. Cuando el sufrimiento del paciente sea inevitable, excesivo y desproporcionado en relación al beneficio esperado.
4. Cuando se conozca con certeza una disposición del paciente al respecto.
5. Cuando exista irreversibilidad manifiesta.

En todos estos casos deberá existir acuerdo con el familiar responsable.

En caso de desacuerdo con la familia deberá tomarse la opinión de un médico propuesto por la familia o del Comité Ética. En caso de desacuerdo con la familia, la decisión compete al familiar legalmente responsable.

Deberá existir una constancia explícita y escrupulosa de todos estos problemas, con los fundamentos médicos correspondientes, en el expediente clínico.

Cuando se acredite la muerte cerebral conforme a los criterios vigentes, deben suspenderse las maniobras de soporte vital, a menos de que sea candidato a donación de órganos con fines de trasplante, por lo que

deberá verificarse si hay una autorización formal del paciente, o intentar recabarla con el familiar legalmente facultado para ello, así como contar con la autorización respectiva de las autoridades judiciales, si el caso es médico legal.

I. CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA

Desde el punto de vista de la ética médica el paciente tiene derecho a una atención conforme a los conceptos vigentes de la calidad, complementados por el respeto a los principios éticos vigentes. Como conceptos primordiales de la calidad de la atención deben ser considerado: la oportunidad de la atención, que ésta sea otorgada conforme a los conocimientos médicos vigentes, procurando satisfacer sus necesidades de salud y sus expectativas.

I. 1. Oportunidad

No es ético diferir voluntaria o arbitrariamente una atención, que se requiere en determinado momento, exponiendo al paciente a incremento de la morbilidad, secuelas, complicaciones e inclusive la muerte, a causa de: compromisos personales, laborales o prioridades no relacionadas con el compromiso de otorgarle atención.

Tampoco es ético hacer esperar o diferir la atención de los pacientes, por haber otorgado prioridad a otros pacientes, por razones no médicas, privilegios administrativos o políticos. No es admisible que en la clientela privada nos preocupemos por atender puntualmente a los pacientes y en cambio desentenderse del tiempo que esperan los pacientes de las Instituciones públicas.

I. 2. Conocimientos Médicos Vigentes

En el momento en que el médico acepta el compromiso en forma implícita o explícita de atender a un paciente, asume la responsabilidad de su cuidado y

adquiere la responsabilidad de atenderlo conforme a la aplicación de los conocimientos médicos vigentes y con ello a derivarlo a otro médico, cuando sus conocimientos o habilidades se vean rebasados.

No es ético atender a un paciente de una especialidad diferente a aquella en que nos hemos preparado.

Un punto clave radica en la autocrítica que debe ser parte de la ética médica, para determinar con precisión el momento oportuno en que un médico debe derivar a un paciente hacia un nivel de atención superior, cuando sus conocimientos, habilidades o disponibilidad de recursos sean insuficientes para resolver un problema de salud de mayor complejidad.

Al respecto debe citarse la situación de las nuevas tendencias de la medicina administrada, terceros pagadores o compañías de seguros coartan la libertad del médico para esta derivación oportuna a niveles superiores de atención, negándole al paciente el beneficio de una atención más especializada, incrementando el riesgo, situación a la que desde el punto de vista ético el médico debe oponerse.

En el cabal ejercicio y aplicación de los conocimientos médicos vigentes, es importante utilizar a la tecnología como un apoyo y no como un sustituto de la buena práctica médica, sobre todo si su exceso implica un mayor riesgo para el paciente, en especial sino es necesaria; repercutiendo en la economía del enfermo, de su familia o de la institución prestadora de servicios, en forma injustificada.

I. 3. Satisfacción de las Necesidades de Salud

Partiendo de las bases de que “el médico debe actuar promoviendo siempre el bienestar del paciente” y de que el paciente acude al médico en busca de éste, mediante la satisfacción de sus necesidades de salud, el establecimiento del binomio médico- paciente debe interactuar en forma armónica y con apoyo del equipo de salud, en la búsqueda de esa satisfacción, el médico aportando sus conocimientos, habilidades y experiencia y el paciente participando en forma activa en la solución de sus problemas, bajo la dirección del médico.

Desafortunadamente la satisfacción de las necesidades de salud del paciente no siempre es factible, a causa de la índole, grado de avance y complicaciones del problema de salud; por lo tanto desde el punto de vista ético es indispensable que el médico mantenga permanentemente informado al paciente o al familiar legalmente responsable, del pronóstico del paciente y de sus variaciones en relación a la evolución del padecimiento, de los resultados del programa de estudio y del programa del tratamiento, indicando: si el problema es curable, cuando no sea curable, si es susceptible de control; cuando no sea factible controlarlo, si se puede ofrecer una mejoría, o en su defecto si únicamente es candidato a paliación. El desconocimiento del pronóstico en general incrementa el nivel de angustia del paciente y familiares, o en su defecto genera insatisfacción manifiesta a través de quejas y demandas, cuando el resultado final no fue congruente con las expectativas.

En los casos terminales en que no se puede ofrecer la satisfacción mínima de las necesidades de salud, estamos éticamente comprometidos a ofrecer apoyo moral, consuelo y una muerte digna, conforme a los preceptos antes mencionados.

I. 4. Satisfacción de las Expectativas

Ante el requerimiento de satisfacer las necesidades de salud de un paciente, su presencia ante un médico o una institución de salud, genera de inmediato un conjunto de expectativas, que el médico debe investigar y conocer; acto seguido desde el punto de vista ético debe comprometerse a satisfacer las que sean factibles de alcanzar e informar al paciente o familiar responsable, las que probablemente se alcanzarán y las que no será factible alcanzar, a fin de prevenir la presencia de insatisfacción, quejas y demandas al final del proceso de atención.

● CAPÍTULO 2 ●

COMPROMISOS MORALES Y LEGALES

Los médicos deben contar con valores como: compasión, bondad, empatía, paciencia, constancia y fe; deben ser competentes y actuar responsablemente.

El médico debe “actuar siempre promoviendo el bienestar de su paciente”, actuando como más le convenga a él, tomando las decisiones que le beneficien teniendo en cuenta sus preferencias y sus intereses.

A. COMPROMISOS DEL MEDICO.

En la Atención Médica.

1. El médico debe otorgar la atención conforme a los conocimientos médicos vigentes y habilidades requeridas y debe abstenerse de hacerlo cuando carezca de ellos, en cuyo caso debe referir al paciente a otro médico que tenga los conocimientos y habilidades que el paciente requiera para su atención.
2. El médico está obligado moralmente a otorgar la atención que se le requiera, en el ámbito de su competencia, en casos de urgencia y especialmente si no hay otro médico disponible. No puede dejarse de hacer el mejor esfuerzo para la recuperación de un paciente, con el argumento de que él ha contribuido al proceso de su enfermedad, con sus acciones o su estilo de vida.
3. Cuando existe el compromiso de atender a un paciente, en forma directa o a través de la Institución que lo contrata, el médico está obligado a atender a sus pacientes conforme a los preceptos de la ética, con: humanismo, honestidad, competencia, amabilidad y compromiso. No es lícito abandonar a un paciente que no es recuperable.
4. El médico debe respetar los ordenamientos legales vigentes de la práctica médica, situación que en ocasiones puede contraponerse con los principios éticos vigentes, en cuyo caso debe buscarse asesoría legal.
5. El médico debe registrar la atención del paciente en un expediente clínico, cuyas características están determinadas por la normatividad vigente, indispensable para conocer el caso, su evolución, aclaración de dudas y dar respuesta a quejas y demandas. Aunque la información contenida en el expediente es confidencial, el médico está obligado a entregar una copia al paciente o al médico que éste indique, previa solicitud.
6. Los médicos deben participar como peritos en apoyo a los pacientes o compañeros médicos, siendo totalmente objetivos sus juicios y opiniones.
7. La relación con los compañeros médicos y representantes del equipo de salud, debe basarse en los principios de honestidad, integridad y respeto, sin ningún tipo de discriminación, coacción, abuso o acoso, sobre compañeros de menor jerarquía o más débiles.
8. El médico debe contribuir a la administración racional de los recursos institucionales, a fin de que cubran las necesidades de un mayor número de personas: evitar estancias prolongadas, medicina defensiva o por fines no

médicos; tener en cuenta los costos en lo que se indica o prescribe, en beneficio de la institución, del seguro del paciente o del familiar que paga.

9. Los médicos deben representar a los pacientes ante las compañías de seguros o de medicina administrada, para que se les de un trato justo, pero no deben apoyar a los pacientes para engañar a las compañías.

9.1 No es admisible dejar de indicar exámenes, estudios, interconsultas, cirugías, indicar altas prematuras, diferir o negar la referencia a un nivel de atención superior o incapacidades temporales o permanentes para el trabajo, que se requieran en forma justificada.

9.2 No es admisible indicar exámenes, estudios, interconsultas, cirugías, referencia a otros hospitales, prolongar innecesariamente la estancia hospitalaria o incapacidades temporales o permanentes para el trabajo, que no se requieran para beneficiar al paciente.

10. No es ético cobrar a un colega parte de sus honorarios, por haberle referido un paciente, o recibir comisiones, de prestadores de servicios paramédicos, ni remitir a pacientes a las empresas propias del médico que indica, a menos que no existiera otra disponible. No deben recibirse donaciones en dinero o en especie de la industria farmacéutica que puedan comprometer su juicio clínico.

11. El médico consultante debe respetar la responsabilidad primaria del médico que le refirió al paciente y comunicarle sus observaciones y recomendaciones por escrito, oportuna, veraz y eficazmente, así como su anuencia para consultar a otros médicos, a menos que exista un acuerdo en sentido contrario. Cuando deban participar varios consultantes, es conveniente que el médico principal retenga el control y la coordinación de la atención del paciente.

12. Un médico con facultades disminuidas por cualquier causa, debe solicitar apoyo de otros médicos o transferir a sus pacientes.

13. No es ético que un médico menosprecie la competencia profesional, el conocimiento, la preparación o la atención que otorga otro médico ante un paciente o terceros, ni hacer críticas por escrito en los expedientes clínicos. Se debe evitar emitir opiniones acerca de la relación entre un paciente y otro médico.

14. El médico debe permitir una segunda opinión a solicitud de su paciente. Si su opinión concuerda, el segundo médico debe retirarse; si no concuerda el paciente debe decidir con que médico continua. La segunda opinión permite compartir el nivel de responsabilidad médica y legal del médico tratante, reafirma la confianza del paciente si sus familiares de que está actuando correctamente, cuando dicha opinión es coincidente.

15. Cuando más de un médico interviene en la atención de un paciente, uno debe ser el médico tratante y los demás consultantes.

16. El médico debe apoyar a un compañero con menos conocimientos y habilidades que le solicite su ayuda.

17. El médico no debe emitir juicios públicos ni privados, como tampoco en un expediente clínico, sobre la actuación de otros médicos.

18. No debe discutirse un caso entre médicos, frente al paciente o familiares.

19. El médico no debe hacerse propaganda exagerada en los medios masivos de comunicación.

20. No abusar del uso de la tecnología sin una justificación plena, sobre todo si implica riesgo para el paciente o afecta a su patrimonio o al de la Institución prestadora de servicios.

21. El médico debe evitar tratarse a si mismo, a su familia, amigos o empleados cercanos, so pena de perder la objetividad, debiendo transferir al paciente a otro médico y en todo caso permanecer como consejero.

22. No es admisible involucrarse sexualmente con los pacientes actuales o anteriores, ni en forma activa, ni aceptando los requerimientos de éstos; ni aprovecharse de sus conocimientos del caso y de la confianza que se le otorgó, que harían al paciente vulnerable.

23. No es admisible ningún tipo de manifestaciones sexuales en el transcurso del proceso de atención médica, tanto en forma activa como pasiva; tanto con los pacientes como con los compañeros de trabajo; tanto en relaciones heterosexuales como homosexuales, particularmente en áreas donde por razones derivadas del motivo de la atención, deban exponerse los órganos sexuales o caracteres sexuales secundarios, sujetos del pudor de las o los pacientes.

24. No es ético que los médicos pongan en riesgo la salud o la vida de los pacientes, como instrumento de presión en huelgas, aún cuando podría ser contractual o legalmente justo.

25. Los médicos están obligados a rendir cuentas a sus pacientes, a las instituciones donde laboran y a las autoridades del Gobierno. Desde el punto de vista moral y legal, deben conocer las normas, reglamentos y leyes vigentes, particularmente en lo referente a: confidencialidad, consentimiento informado y muerte asistida.

26. La evaluación de la atención que otorga un médico por otros médicos (pares), es un procedimiento esencial para garantizar una atención de calidad, en beneficio de los pacientes, por lo que los médicos debemos aceptarla.

27. El médico deberá tener un respeto absoluto al cadáver del individuo humano. En la Enseñanza.

28. El médico debe enseñar la esencia, el arte y la ética médica. No debe delegar la atención del paciente a un médico o especialista en formación, ni a un médico con menor experiencia, sin su supervisión directa.

No debe delegarse la atención de los pacientes a médicos residentes, ni siquiera bajo supervisión directa, si no hubieran demostrado la capacidad para asumirla.

No se deben otorgar calificaciones al residente por arriba de su capacidad demostrada, que pudieran generar una falsa imagen de su competencia. Esta falta de competencia debe hacerse del conocimiento del residente con oportunidad.

El médico debe mostrar respeto y gratitud a sus maestros por el conocimiento, destrezas, capacitación y ejemplo recibido como contribución para su formación.

En la Investigación.

Nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o científicos (38).

29. La investigación médica debe ser objetiva y estar regida por la honestidad y la integridad en todas y cada una de sus diferentes etapas. Las revisiones de los proyectos de investigación, deben respetar la confidencialidad de la información.

En 1947 el Tribunal Internacional de Nuremberg, analizó y determinó las características de la investigación médica en humanos y expidió el Código de

Nuremberg (2), actualizado en la declaración de Helsinki (3), revisado y enmendado en 1975,1983 y 1989 durante las correspondientes Asambleas Médicas, Mundiales. Como requisitos fundamentales estableció:

- El proyecto de investigación debe ser analizado y evaluado por autoridades competentes.

- Consentimiento de sujeto de la investigación (preferentemente por escrito), a partir de una información comprensible, sin engaño, sin coacción, con conocimiento de los riesgos y de los propósitos, de la duración y en ejercicio de su libre voluntad. Debe tener capacidad legal para otorgarlo y puede abandonar la investigación cuando lo desee.

- La investigación debe estar dirigida a buscar conocimientos benéficos para la humanidad. · El proyecto debe haber cubierto las etapas previas del proceso de investigación.

- El riesgo debe ser inferior al beneficio esperado y la investigación debe suspenderse si hay riesgo de sufrimiento o daño, para la salud o la vida del sujeto.

- Los investigadores deben ser científicamente calificados.

- En la investigación en seres humanos, los intereses de la ciencia y de la sociedad, no pueden anteponerse al bienestar del individuo.

Los tratamientos no convencionales, deben someterse al mismo proceso que un proyecto de investigación.

La publicación de un trabajo de investigación debe haber sido evaluada y autorizada, por expertos en investigación y en el tema de la publicación.

Debe publicarse sin omitir ninguna información relevante, inclusive los efectos negativos de la investigación.

Publicar como propios los resultados de otros investigadores, no es ético y puede ser sujeto de acción legal.

B. COMPROMISOS DEL PERSONAL

- Cumplir los preceptos del Código de Ética que les corresponden. · Reportar honestamente y de buena fe la sospecha de una violación al Código de Ética.

- Cumplir con los preceptos contenidos en el Reglamento Interior de Trabajo y en el profesiograma que le corresponda.

- Solicitar la información que le sea necesaria para dar cumplimiento a los principios éticos vigentes.

C. COMPROMISOS DEL PACIENTE

- Informar al médico en forma completa y veraz, acerca de sus síntomas y posibles causas de su enfermedad.

- Participar en la medida de sus posibilidades en los esfuerzos del personal por recuperar su salud.

- Tratar con el debido respeto al personal de salud y sus auxiliares, que participan en el proceso de su atención.

- El paciente no debe consultar a otro médico sin el conocimiento y consentimiento de su médico. Si desea una segunda opinión, debe informarlo a su médico.

- Si el paciente desea cambiar de médico, por cortesía debe informarlo a su médico tratante.
- Informar al personal de salud, a su médico tratante, jefe del servicio, al cuerpo de gobierno o al Comité de Ética, cualquier violación a los principios éticos vigentes, en el proceso de su atención.
- Cumplir con la normatividad hospitalaria de su competencia.
- Respetar y valorar las indicaciones de su médico y cumplirlas escrupulosamente. En caso de dificultades para cumplir con la prescripción del médico, debe informarle para solicitar una alternativa.

D. COMPROMISOS DE LOS FAMILIARES Y ACOMPAÑANTES

- Contribuir en la medida de sus posibilidades en los esfuerzos del personal de salud, para la recuperación de sus pacientes.
- Tratar con el debido respeto al personal de salud y sus auxiliares, que participan en el proceso de su atención.
- Informar al personal de salud, a su médico tratante, jefe del servicio, al cuerpo de gobierno o al Comité de Ética, cualquier sospecha de violación a los principios éticos vigentes en el proceso de su atención.
- Cumplir con la normatividad hospitalaria de su competencia.

E. COMPROMISOS DE LOS VISITANTES

- Evitar interferir en el proceso de atención de los pacientes.
- Tratar con amabilidad y respeto al personal del Hospital.
- Cumplir con la normatividad hospitalaria.

F. COMPROMISOS DE LOS PROVEEDORES DE BIENES Y SERVICIOS

- Proveer bienes y servicios de óptima calidad y con oportunidad.
- Tener un trato amable y respetuoso, con los receptores de los bienes y servicios.
- Cumplir con la normatividad hospitalaria.

• CAPÍTULO 3 •

DERECHOS DEL PACIENTE

“La Ética Médica es la responsable de los derechos de los pacientes”.

Dentro de los cambios que han surgido en la Ética Moderna, a raíz de la Declaración de los Derechos Humanos (39) y de la Declaración de Helsinki (3) , los derechos de los pacientes han tomado una gran relevancia.

Los pacientes como todo ser humano tienen derecho a valores como la vida, la libertad, la integridad, la igualdad, la dignidad, la seguridad jurídica y la salud (39) . En la prestación de los servicios de salud, el paciente tiene derecho a la vida, la verdad, la autonomía, la intimidad, la confidencialidad a una atención médica de calidad y a un trato digno (40).

El paciente tiene ahora el derecho y el deber de legitimar su posición ante el médico o prestador de servicios de salud. Al respecto, las enfermeras mexicanas han elaborado ya un Proyecto de Código de Ética, donde presentan sus compromisos con los pacientes, con sus compañeros, su profesión y la sociedad (41).

Los derechos de los pacientes se consideran como fundamentales y de carácter universal y comprenden:

- Derecho individual del enfermo para decidir sobre si mismo, y a ser tratado con consideración y respeto a su dignidad.
- Elegir libremente a su médico, excepto en los casos de Urgencia. En el ámbito de los Servicios contratados a entidades prestadoras de Servicio o las establecidas por el sector público, la adjudicación del médico estará en relación a la oferta disponible.
- El paciente tiene derecho a que se respete su vida privada.
- A conocer la reglamentación y normatividad de los centros de salud o de los hospitales, aplicables a la conducta como paciente. A su ingreso debe ser informado acerca de sus derechos (42).
- Conocer al médico y los prestadores de servicios de salud que lo atenderán y a ser tratado por ellos, con consideración y respeto, así como a tener una continuidad razonable de atención en la medida de que cada caso individualmente lo requiera.
- Conocer el nombre completo de su médico responsable de coordinar la atención y el de los profesionales o técnicos encargados de los procedimientos de su atención médica. En el caso de un cambio justificable por razones de imposibilidad para su atención tiene el derecho de ser informado del cambio con antelación.
- El respeto a la intimidad en relación a su propio programa de atención, los datos médicos y personales que le conciernen, las interconsultas, los registros y todo lo relacionado al tratamiento integral serán confidenciales y deberán conducirse con discreción. Quienes no están directamente implicados en su atención, deben tener autorización del paciente para estar presentes.

- Que se brinde toda información disponible, suficiente, clara, oportuna y veraz, relacionada con su diagnóstico, tratamiento y pronóstico en términos razonablemente comprensibles. Cuando por razones de tipo legal o por un criterio médico justificado, no sea aconsejable comunicar estos datos al paciente, habrá de suministrarse esta información a la persona que legalmente le represente (tutor).
- Que previamente a la realización de cualquier procedimiento o tratamiento, se le informe sobre el mismo, incluyendo los beneficios que se espera lograr con éstos, así como los riesgos médicos significativos asociados, la posibilidad y duración de las discapacidades que pudieran ocurrir y con dicha información otorgar el consentimiento escrito o su rechazo, excepto en los casos de urgencia.
- Rechazar los procedimientos diagnósticos o los tratamientos propuestos en la medida en que la legislación vigente lo permita, luego de haber sido convenientemente informado inclusive de las consecuencias de esta acción.
- A ser transferidos de acuerdo a las necesidades de su padecimiento o por la falta de disponibilidad de recursos humanos o materiales idóneos, a otra instancia que garantice la atención de la mayor calidad, pero solo después de haber recibido la información completa de las causas y necesidad del traslado.
- A recibir del médico tratante o del equipo de salud en el momento del alta las indicaciones médicas, dietéticas o de rehabilitación de la atención posterior, así como las fechas de consulta o Interconsulta pendientes, de no tratarse de un egreso definitivo.
- A recibir o rechazar la asistencia espiritual o moral de acuerdo con sus convicciones religiosas.
- A manifestar su inconformidad por la atención recibida y a presentar ya sea en forma verbal o preferentemente por escrito la queja, a las autoridades que legalmente tengan como responsabilidad darle trámite, por las omisiones o comisiones inadecuadas en dicha atención, así como a recibir las explicaciones pertinentes que le den una respuesta satisfactoria a dicha demanda.
- A recibir las explicaciones necesarias sobre los honorarios médicos y hospitalarios pagados, en el caso de la Medicina privada, independientemente de quien se responsabilice de cubrir el pago respectivo.
- A aceptar o rechazar su participación en estudios de investigación, sin la previa información sobre los beneficios que se pretenden lograr con dicha investigación, así como de los riesgos de daño físico, moral o de otra índole que pudieran existir y siendo implícito que aún bajo previa aceptación y sin ningún tipo de coacción pueda retirar su consentimiento en cualquier momento.
- A no sufrir inútilmente, a rechazar la “obstinación terapéutica y el encarnizamiento”.
- Cualquier indicación relacionada con la abstención o suspensión del apoyo vital debe ser informada y consensada con la familia o con el familiar legalmente responsable. Si existe desacuerdo con la familia, se puede recurrir a la intervención de un médico de confianza de la familia, del Comité de Ética o al poder judicial, y en caso necesario trasladar al paciente a otra institución. Todo deberá quedar escrupulosamente registrado en el La abstención o suspensión del soporte vital no implica abandonar otros cuidados del paciente.

- A morir en paz, acompañado, humana y dignamente.

Derechos del Paciente Terminal

Dentro de los derechos humanos y los de los pacientes, los derechos de los pacientes terminales, implican retos adicionales desde el punto de vista médico y desde el punto de vista ético

Entre las principales dificultades se tiene:

- Creciente dificultad para establecer la efectividad y la futilidad de un tratamiento.
- La imposibilidad de comunicarse con el paciente, por estar con un bajo o nulo nivel de conciencia, intubado, etc.
- Decidir la abstención de administrar o retirar el soporte vital: respiradores, soporte hemodinámico, soluciones y nutrición parenteral, etc.

El paciente terminal tiene derecho a:

- Ser cuidado y tratado con la dignidad que requiere una persona humana, en forma personalizada, hasta el momento de su muerte.
- Autonomía para tomar las decisiones que lo afecten, especialmente a rechazar cualquier procedimiento que le ocasione dolor, sufrimiento, que afecte su calidad de vida o su dignidad.
- Que se le administren los analgésicos y sedantes que requiera.
- No ser desatendido cuando su criterio prevalezca sobre el del médico, con relación a su calidad de vida.
- Que se de respuesta a sus preguntas.
- Recibir atención y consuelo del médico, del personal de salud, de familiares y amigos. Evitarle la soledad y que permanezca acompañado hasta el último momento de su vida. Debe tenerse en cuenta la posibilidad de solicitar apoyo a ministros de culto de su creencia religiosa o a expertos en tanatología.
- Elaborar su "testamento vital", mientras este consiente, en que determine los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que acepta que se le realicen y cuáles no, así como el destino de sus órganos susceptibles de ser trasplantados.
- Que no se le administren tratamientos que le provoquen mayor sufrimiento que el beneficio esperado.
- No prolongación indefinida de la agonía, por demorar la llegada inevitable de la muerte.
- Que su cadáver sea tratado con respeto.

• CAPÍTULO 4 •

DERECHOS DEL MÉDICO.

El médico como todo ser humano es tributario de los derechos humanos que hasta la fecha han sido consagrados por la Organización de las Naciones Unidas desde 1948, adoptados, revisados y actualizados por la Asamblea Médica Mundial en Nueva York (1963) y enmendados en Venecia (1983) (43) . En México García Romero realizó una recopilación de los conceptos vigentes y presenta los que permiten concretar propuestas consensadas (44) . Los derechos del médico como profesional dedicado a la atención de individuos enfermos son:

- Ejercer su profesión en el lugar de su preferencia.
- Contar con los medios necesarios para otorgar una atención de calidad, en congruencia con el compromiso de cumplir con el derecho a la salud de sus pacientes.
- El médico debe tener libertad para el ejercicio de su criterio médico, en congruencia con los conocimientos médicos vigentes y con plena conciencia de las limitaciones económicas de los pacientes.
- A nivel Institucional, está obligado a informar a las instancias correspondientes, la carencia de recursos que ponga en riesgo la salud o la vida de un paciente.
- Percepciones justas, en congruencia con la actividad realizada, con su nivel de preparación, la magnitud, calidad y eficiencia con que realiza su trabajo, incluyendo la docencia e investigación, sin que los emolumentos prevalezcan cuando está en juego el bienestar de un paciente.
- Cuando por cualquier razón se otorgue una cortesía, no es admisible que se dé una atención de menor calidad.
- No es admisible lucrar a costa del patrimonio de un enfermo.
- La indicación libre de medicamentos, procedimientos diagnósticos o terapéuticos, la certificación de incapacidades o la referencia a otros niveles de atención, más especializados, en congruencia con una adecuada fundamentación clínica, congruente con los conocimientos médicos vigentes, en conciencia del riesgo-beneficio y del costo-beneficio, siempre a favor del paciente.
- Contar con los elementos necesarios para su protección, en la atención de pacientes que representen un riesgo potencial para su salud, como guantes adecuados, cubrebocas, mascarillas, lentes, vacunas específicas y cualquier otro recurso que se requiera.
- Recibir un trato respetuoso de sus pacientes y de los familiares de éstos, de sus compañeros y colaboradores, así como de proveedores y autoridades.
- Las quejas y demandas en contra de los médicos deben manejarse a nivel confidencial, a fin de no dañar su prestigio profesional.
- Solicitar que un paciente sea transferido a otro médico, cuando los requerimientos o expectativas de éste no sean accesibles o cuando las necesidades del paciente superen los conocimientos y habilidades del médico.
- A solicitar la participación del Comité de Ética en busca de información, asesoría, apoyo o dictamen, en dudas controversias o demandas

- No contestar preguntas médicas en ambientes informales (no médicos).
 - A ser juzgado por sus pares conforme a las normas locales y ser escuchado, para conocer los pormenores de su actuación y la justificación que tuvo para ello.
 - Quejarse ante el Comité de Ética Hospitalario, autoridades institucionales o legales, en caso de comportamiento inadecuado de pacientes, acompañantes, familiares, proveedores o compañeros de trabajo, en asuntos de su competencia.
 - El médico tiene derecho a negarse a participar en actividades que vayan en contra de sus principios éticos y morales, como la tortura, la eutanasia y sus variantes, la muerte asistida, la ejecución de la pena de muerte y el aborto (8).
- Adicionalmente a los derechos humanos de los médicos, existe un conjunto de elementos, que sin poderse considerar como un “derecho”, moralmente deberían ser atendidos en beneficio del médico y de la comunidad a la cual presta sus servicios, entre ellos se distinguen:
- Opciones para una capacitación suficiente y adecuada.
 - Ambiente laboral adecuado.
 - Posibilidades de consultar a otros médicos, para sustentar la toma de decisiones difíciles en algunos de sus pacientes.
 - Recibir reconocimientos por el trabajo bien realizado que haya superado las expectativas de sus pacientes, de los familiares de ellos o de las autoridades.

● BIBLIOGRAFÍA ●

1. Real de la Academia de la Lengua. Diccionario de la Lengua Española. España 1981.
2. Tribunal Internacional de Nuremberg. Código de Nuremberg. 1947.
3. Declaración de Helsinki. Asamblea Médica Mundial. Helsinki 1964, Tokio 1975, Venecia 1983 y Hong Kong 1989.
4. Mayo Foundation. Programa de Integridad de la Clínica Mayo. Presentación en el Hospital Médica Sur. México 2001.
5. American College of Physicians. Manual de Ética. Annals of Internal Medicine 1998; 128: 576-594.

6. World Federation of Neurosurgical Societies European Association of Neurosurgical Societies. Comisión Nacional de Bioética Orientaciones para una Buena Práctica Neuroquirúrgica. 15, 34-42. México 1999.
7. Comisión Nacional de Bioética. Secretaría de Salud. Código-guía. Bioética de Conducta Profesional. México 2001.
8. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Recomendaciones para mejorar la práctica de la medicina. México 2001.
9. Instituto Mexicano del Seguro Social, Subdirección General Médica. Evaluación Médica. Instrucciones: México: IMSS; 1972.
10. Instituto Mexicano del Seguro Social, Subdirección General Médica. El expediente clínico en el atención médica. Instrucciones. México: IMSS; 1973.
11. González Montesinos E. Evaluación de la asistencia médica. III Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social. Panamá 12-18 de noviembre de 1972.
12. Pérez-Álvarez JJ. Evaluación médica. Bol. Méd. IMSS 1974; 16:281.
13. González Montesinos F., Pérez Álvarez JJ., Lee-Ramos AF. Evaluación específica de la atención médica a partir de los hallazgos de autopsia. Bol. Méd. IMSS 1975; 17:7.
14. Lee-Ramos AF, Remolina BJ, González-Montesinos F, Pérez Álvarez JJ. Evaluación del envío de pacientes entre las unidades de la Región Sur y del Valle de México. Bol. Méd. IMSS 1975; 17:187.
15. Hernández-Brito OM, Lee-Ramos AF, Pérez Álvarez JJ, González-Montesinos F. Evaluación de las actividades clínicas de enfermería en los hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social. Bol. Méd. IMSS 1975; 17:482.
16. De la Fuente GL, Santiesteban-Prieto B, González-Montesinos F, Pérez-Álvarez JJ. Conceptos, objetivos y logros de la evaluación de la actividad médica. Bol. Méd. IMSS 1976; 18:295.
17. Maqueo OP, Pérez-Álvarez JJ, Lee-Ramos AF, González-Montesinos F. Observaciones a través de la evaluación del expediente clínico en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Primera parte. Bol. Méd. IMSS 1976; 18:18.
18. Riva CG, Aizpuru BE, Limón DR, González-Montesinos F, Lee-Ramos AF. Observaciones en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Segunda parte. Bol. Méd. IMSS 1976; 18:60.
19. Hernández RF, Mogollan Cuevas R, Elizalde GH, Pérez-Álvarez JJ, Lee-Ramos AF, González-Montesinos F. Observaciones a través de la evaluación del expediente clínico en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Tercera parte. Bol. Méd. IMSS 1976; 18:86.
20. Instituto Mexicano del Seguro Social. Subdirección General Médica. Auditoria Médica. Bol. Méd. IMSS 1960; (supl 6): 19.

21. Instituto Mexicano del Seguro Social: Subdirección General Médica: Auditoría Médica. Instrucciones médicas y médico-administrativas. México: IMSS, 1962.
22. Treviño García Manzo Norberto N., Varela Rueda C., Valle González A., Indicadores para la atención a la salud. Subdirección General Médica. Instituto Mexicano del Seguro Social. México 1994.
23. Coordinación de Análisis Financiero. Dirección de Finanzas y Sistemas. Instituto Mexicano del Seguro Social. Información Directiva. México 1995.
24. Dirección de Organización y Calidad. Instituto Mexicano del Seguro Social. Sistema de Evaluación de la Calidad de la Operación. México 2000.
25. Evaluación de la Calidad de la Atención Médica. Expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades medicas. Méx. 32,170-180, 1990.
26. Instituto Mexicano del Seguro Social. Plan Integral de Calidad. México 1997.
27. Tennesser Associates. Procesos de Calidad IMSS. Diciembre 1990.
28. González P.J., Merelo-Anaya A., Aguirre-Gas H.G., Cabrera Hidalgo J.A. Sistema de evaluación médica, progresos y perspectivas. Rev. Méd. IMSS 1984; 22:407.
29. Instituto Mexicano del Seguro Social, Subdirección General Médica. Evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del IMSS. México: IMSS; 1987.
30. Ruiz Chávez M., Martínez Narváez G., Calvo Ríos J.M., Aguirre Gas H. y Cols. Bases para la Evaluación de la Calidad de la Atención en las Unidades Medicas del Sector Salud. Salud Pública. Mex. 32:158-169. 1990.
31. Aguirre Gas HG. Calidad de la atención médica. México. Conferencia Interamericana de Seguridad Social; 1993.
32. Aguirre Gas HG. Calidad de la atención médica. Segunda Edición. México: Conferencia Interamericana de Seguridad Social; 1997.
33. Aguirre Gas HG, Problemas que afectan la calidad de la atención médica en hospitales. Seguimiento a un año en el avance de su solución. Cir. Ciruj. 1995; 63:110-114.
34. Aguirre Gas HG. Programa de Mejoramiento Continuo. Resultados en 42 Unidades Médicas de Tercer Nivel. Rev. Méd. IMSS 1999; 37 (6): 473-482.
35. Comisión Nacional de Certificación de Hospitales. Consejo de Salubridad General. Secretaría de Salud. México 1999.
36. Aguirre Gas H., Administración de la Calidad de la Atención. Rev. Med. I.M.S.S. 35:251-264. 1997.

37. Sociedad Argentina de Terapia Intensiva. Dictamen 5. <http://www.bioetica.org/diatmen5:htm>.
38. López de la Peña, Xavier A. Los derechos del paciente. 1a. Edición. México, D.F. Ed. Trillas; 2000.
39. Organización de las Naciones Unidas. Asamblea General. Declaración Universal de los Derechos Humanos. Nueva York 1948.
40. Carrillo Toledo M.G., Duran Ruiz M.G., Leal López M. Conocimiento del paciente sobre sus derechos. Rev. Enferm. IMSS 2001; 9(1):23-26.
41. Comisión Interinstitucional de Enfermería de la S.S.A. Proyecto de Código de Ética para las Enfermeras Mexicanas. Rev. Enferm. IMSS 2001;9(1):27-34.
42. Gutiérrez Reyes S., Mederos Sosa L., Vázquez Ocaña E.J., Velásquez Aranda M. Derechos del paciente hospitalizado: responsabilidad en la práctica de enfermería. Rev. Enferm. IMSS 2001; 9(1):15-18.
43. Asociación Médica Mundial Inc. Manual de Declaraciones. 1996-Francia.
44. García Romero H. Los derechos humanos del médico. Gac. Méd. Méx. 131(2); 199:245-250.

45
años

