



ARTÍCULO ESPECIAL

Algunos dilemas éticos en la práctica médica

Pedro A. Reyes,¹ Rocío del Carmen Delong-Tapia²

¹ Secretario de la Comisión de Bioética del INCICH.

² Maestra en Bioética.

Recibido el 5 de octubre de 2010; aceptado el 5 de octubre de 2010.

PALABRAS CLAVE

Bioética; Prevención de conflicto; Práctica médica; México.

KEY WORDS

Bioethics; Conflict prevention; Medical practice; Mexico.

Resumen

Con la intención de prevenir conflictos en el acto médico y desde el punto de vista bioético, éste, el manejo paliativo y de la muerte digna; situaciones que pueden ser fuente de demandas entre el paciente y el médico. Sostenemos que la actitud y aptitud del médico, del paciente, su familia, amigos y representantes legales, con apertura y honestidad, pueden prevenir la gran mayoría de las causas de conflicto y evitar las consecuencias del mismo entre los profesionales de la salud y los enfermos. La prevención es posible si hay buena voluntad y conocimiento de normas, leyes, usos y sentido común.

Some ethical dilemmas in the medical praxis

Abstract

We reviewed from a bioethical perspective and attempting prevention of potential conflicts derived communication failure during medical practice, palliative treatments and dignified death in the institutional practice as well as general practice; most of conflicts related to patient-doctor relationship could be prevented. We propose an attitude and aptitude plus in deep knowledge of patient, family, friends and legal representatives in terms fully honest communication to prevent most of conflicts and avoid its consequences against doctors and other health workers. Prevention is better and it depends of knowledge of norms, laws, general beliefs and common sense in this country and maybe others.

Introducción

Ante las muchas necesidades en la medicina actual, donde el progreso de la ciencia y la tecnología es tan mencionado e importante; es imprescindible poseer una aptitud y actitud que se oriente a proteger al paciente, sin olvidar que tiene familia, amigos y es parte de una comunidad. Necesidad que tiene implicaciones humanas,

sicológicas y sociales, en suma, una necesidad ética. En esta aportación se comentan tres dilemas éticos que establecen retos que hoy enfrenta la medicina, podemos decir que se trata de la aplicación de la bioética clínica en las acciones de protección ampliada.¹

Estos dilemas nos parecen muy importantes, ya sabemos que no son todos, pero esperamos sean los más

Correspondencia: Pedro A Reyes Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. Juan Badiano No 1. Sección XVI. Tlalpan, México DF. CP. 14080 México. Teléfono: + 52 (55) 55 73 29 11. Extensión. 1223. Correo electrónico: preyes44@yahoo.com

interesantes en este Instituto y fuera de aquí para todos los médicos y otros profesionales que hacen una labor en beneficio de la comunidad.

1. El acto médico, personal y moral

El médico es un profesional, la profesión (lt. *Profesio*) es, según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, el “*empleo, facultad que cada uno tiene y ejerce públicamente*”. El médico ha tenido una larga y siempre inconclusa preparación; conoce tanto como es posible en su tiempo y circunstancia sobre la estructura y función del organismo humano sano y enfermo y la técnica para modificar si es necesario esas características. Tiene una representación social y reconocimiento general, de modo que todo médico es imagen con prestigio, con moral y ética. Pero más allá de todo eso, es una figura fundamental en el *acto médico*, en una acción interpersonal donde la moral supera a todo conocimiento y técnica.^{2,3}

En toda medicina, en el contexto greco-latino, judeo-cristiano, islámico, védico, oriental y africano, el acto médico es un acto moral entre dos personas libres que consienten en otorgar una su confianza a otra, que le ofrece la esperanza de recuperar la salud, o al menos auxilio y consuelo, y se compromete con el enfermo para intentar ayudarlo del mejor modo. Es un acto de naturaleza personal, bilateral, moral con clara conciencia ética. Supone la relación entre enfermo, que busca sanar, y médico, que ha jurado procurar que los hombres y mujeres puedan vivir mejor y por el mayor tiempo posible.

Por supuesto que el acto médico debe cumplir con la Ley y con lo que espera la comunidad del médico; pero va más allá: es horizonte de esperanza, entendido como una decisión ética concreta que se toma en el aquí y ahora, que sirve para negociar entre médico y paciente para lograr lo mejor,⁴ todos, enfermo y médico participan para buscar la felicidad, plenitud, cancelar el sufrimiento y angustia del enfermo, al menos paliarlas y ofrecer compañía y calidez humana al sufriente, aún más, tiene componentes psicológicos y sociales pues enfermar es vivir de un modo inhumano, y el *acto médico* nace y se ejerce en ese ámbito.

En resumen es la interacción enfermo-médico en el caso de enfermedad, y en caso de que esa no exista habrá sucedáneos del acto médico que se clasifican para nuestros fines en tres órdenes diferentes:

- a) La intervención sanitaria en caso de amenaza a la salud pública, como en las medidas de aislamiento, vacunación compulsoria y tal vez otras que son discutibles como acto médico en el sentido señalado antes.
- b) Si alguien no está satisfecho con su cuerpo y busca variar sus características, en caso de que sea considerado un cuerpo sano, pero tal vez sin atributos que en ese tiempo y en esa sociedad son apreciadas como belleza, y busca el servicio médico para modificar ese cuerpo sano, sólo atendiendo a la estética no habrá un acto médico aun cuando haya habido una intervención. La medicina de los deseos no se ajusta al acto médico, según se acepta

en la profesión, pues no hay enfermedad. Es posible que exista un riesgo de depresión y tal vez así se justifique la intervención, pero habrá que sopesar riesgo y beneficio, incluyendo los que pueden aparecer a largo plazo.

- c) La investigación clínica se justifica en el contexto de la búsqueda de conocimiento científico, no necesariamente salud, es de algún modo un experimento, y cabe señalar que la Asamblea Médica Mundial, que se convoca desde 1952 periódicamente, en su reunión en Tokio en 2004 señaló las condiciones que debe tener esta modalidad de investigación, que insistimos, no es acto médico aunque el médico es una figura muy importante.

El acto médico, la relación interpersonal entre enfermo y médico en un momento especial en la vida, con características específicas, tiene aún en estos tiempos de medicina en equipo y trabajo coordinado que tantos frutos ha dado, la recomendación de que exista siempre un médico responsable, que hará las veces de “puente” entre el enfermo, sus familiares o representantes legales y el equipo médico, pues hay muchos avatares que intervienen en la medicina actual, generalmente practicada en hospitales diferentes, por uno o varios grupos de médicos especializados, responsables de su acto médico ante la Ley y la comunidad; esta última es la más importante, pues tiene además de fuerza legal un aspecto moral y otorga al médico su dignidad al prestigiarle.⁵

Hay consejos que no sobran: el médico no debe dar nunca garantía de éxito de su intervención, debe tener mucho cuidado en su comunicación con el enfermo y sus allegados, presentar en lenguaje llano el aspecto más positivo y con prudencia comunicar su percepción en cada caso que se le presente.

Debe tener en todo momento clara noción de que el enfermo reciba el beneficio máximo de su intervención, y en caso de una situación final debe colaborar con familiares y amigos y enfrentar junto con ellos el momento triste de perder a un paciente.

La decisión que el médico tome debe ser comunicada por él mismo, con honestidad, responsabilidad, con certeza clara de lo que espera de la terapéutica que el aconsejó y las posibilidades razonables de curación en ese caso específico y con la oferta de ayudar en todo lo que él pueda.

Habrán casos en donde no se establezca un diagnóstico integral, se deben tratar con el mejor criterio fisiopatológico accesible al médico en ese momento y circunstancias, no es criticable nada, excepto vulnerar el horizonte esperanza que mencionamos antes.

Llegados a este punto, consideraremos los Principios éticos fundamentales del acto médico:

- a) La vida, valor fundamental y condición de cualquier otro valor.
- b) La dignidad de toda persona, el ser humano, todos, enfermo y médico se debe respetar.
- c) Toda persona tiene autonomía, es decir libertad, y aún en menores y en sujetos con cualquiera limitación, obliga a la responsabilidad y cuidado de la autonomía.

- d) Toda persona es un todo, único, irrepetible, un bien compuesto por partes, el bien tiene la primacía.
- e) La acción médica deberá ser proporcional a lo que se espera lograr. La reflexión sobre estos Principios puede llegar a conclusiones, claro, discutibles hasta que sean consenso, pero siempre con buena voluntad será posible ese acuerdo.

La vida es el fundamento de todo lo que interesa a enfermo y médico, es valor inmanente e inviolable, tanto la de otro como la propia, no es admisible un acto que, a sabiendas, atente contra la vida. Habrá que reflexionar con mucho cuidado en aquellos casos donde sea indispensable elegir entre una vida y otra, y donde hay que tomar una decisión será la que favorezca a la que tenga mayor horizonte de esperanza.

La dignidad de la persona es también un valor insoslayable, el ser humano tiene dignidad personal desde antes de nacer, Emmanuel Kant dijo: *“actúa de tal modo que trates a la humanidad, tanto en tu persona como en la persona de otro cualquiera siempre como un fin, nunca como un medio”*. Esta regla lleva a la dignidad recíproca, tú y yo somos dignos, no puedo instrumentalizarte, cosificarte, usarte, nunca eres objeto, siempre sujeto.⁶ Este principio aplicado y respetado resuelve *ab initio* problemas bioéticos muy diversos entre los que mencionaremos solamente el aborto, los derivados de la interrupción de la vida en los extremos de la edad, y los experimentos que no sigan las recomendaciones de la Asamblea Médica Mundial, Tokio 2004.

No se olvide que el minusválido, el discapacitado, el analfabeta, el menor de edad, y aún el cadáver tienen dignidad humana y es crimen olvidar o pervertir esa noción profunda. Y si uno es creyente hay además un aspecto trascendente.

El binomio libertad-responsabilidad es indisoluble, conectado con la dignidad humana, todo sujeto capaz de entender puede y debe hacer elecciones libres y respetuosas de los demás y de los valores en juego, supuesto que se le haya informado de la mejor manera posible. En el acto médico esa información completa, veraz, adecuada a las circunstancias del sujeto y del entorno debe bastar para que el involucrado haga una elección honesta de modo que se salvable su vida, salud e incluso virtud.

El cuerpo humano, la persona, es un todo unitario: somos en nuestro cuerpo, no poseemos nuestro cuerpo. Esto permite que, si es indispensable para lograr un bien y no hay otro medio se cuide el todo, el bien fundamental y se sacrifique la parte. Pero hay que cuidar de interpretar correctamente esa relación del todo y sus partes.

El principio, propuesto por Peter Knauer S. J. es de gran importancia y complementa todo lo señalado:⁷

“La ética tradicional ha formulado (para nuestras acciones que casi siempre tienen efectos colaterales no deseados), el principio del doble efecto que supone que es lícito causar o permitir un daño si:

- a) la acción no es mala en sí misma.
- b) si el daño no es intencional, no se busca directamente.

- c) si el daño tampoco es buscado directamente como medio para el fin.
- d) si se tiene una razón proporcionada para causar o permitir el daño.

Para interpretar correctamente este principio de doble efecto hay que considerar que una acción no puede ser mala sino cuando causa o permite algún daño. Sin embargo, no todas las acciones que causan o permiten algún daño son de hecho inmorales. Puede haber una razón proporcionada que haga que el daño causado o permitido quede fuera del objetivo de la acción”.

Este Principio de doble efecto, da base ética si se define la “razón proporcionada” en relación con el “objetivo” de la acción. El objetivo, en medicina, no puede ser otro que salvar una función o la vida. En un momento dado hay que amputar una pierna o usar en medicamento nefrotóxico para tratar a un enfermo que puede perder el caminar o la vida. Si no hay otro medio de salvar esa función o esa vida será lícito hacer cirugía ablativa o tal vez causar un daño renal, no son actos distintos, sino intenciones con un mismo objetivo: salvar la función o la vida. Si se puede sin amputar o sin causar daño renal no habría razón proporcionada y el acto sería inhumano.

En este punto recordemos, amable lector, la frase de Poncet, que entre nosotros popularizó el eminente cardiólogo Don Ignacio Chávez Sánchez; describe así la relación enfermo-médico: *“... es la confrontación de una confianza, del enfermo, con una conciencia, del médico. No hace falta más, cuidemos de nuestra conciencia y ofrezcamos lo mejor de nosotros para ayudar al enfermo. Un día podemos ser nosotros mismos el enfermo...”*

2. Cuidados paliativos

Las enfermedades irremediables van en aumento en todo el Mundo y en nuestro país la tercera parte de las muertes de los adultos en el primer quinquenio de este siglo son enfermedades crónico-degenerativas.^{8,9}

Causan dolor y sufrimientos a los enfermos, a sus familiares y amigos, además, su atención médica tiene alto costo, sin posibilidad real de sanar y con frecuencia llevan a la futilidad médica y a veces al encarnizamiento terapéutico.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los cuidados paliativos (CP) como:

“el cuidado activo y total de las enfermedades que no tienen respuesta al tratamiento curativo, su objetivo es conseguir la mejor calidad de vida para el paciente y su familia, con cuidados apropiados para una enfermedad avanzada y progresiva donde el control del dolor y otros síntomas, los aspectos psicosociales y espirituales cobran mayor importancia”.

Como la muerte es un proceso normal y los CP no la adelantan ni la retrasan, constituyen un apoyo para el enfermo y su familia. Este concepto amplio, incluye el trabajo interdisciplinario de médicos y enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, y sacerdotes o ministros de culto, todos participan en esta fase para llevar al enfermo a morir con dignidad, un derecho a una forma de morir, exigencia ética, y objetivo de los CP.

La OMS considera a los CP una prioridad, y su filial la Organización Panamericana de la Salud (OPS) los integró en sus programas tomando en cuenta las diferencias que existen en todo sentido entre el Hemisferio Norte y América Latina y el Caribe, pero en particular los estados de transición epidemiológica, niveles de ingreso, experiencias técnicas y situación general de los sistemas de salud.¹⁰

Los CP son aquí indispensables y agradecidos, es especial por que deben cubrir todas las necesidades del paciente y la familia: alivio de síntomas, en particular el dolor, las emocionales del paciente y la familia considerando la individualización, la comunicación; de apoyo al equipo de salud apreciando su competencia y en todo caso aplicar lo que todo médico conoce: si puedes curar, si no puedes curar, calma y si no puedes calmar, consuela.¹¹

3. Muerte digna

Antes de concluir revisamos un tema muy importante, la muerte, y en el contexto bioético este aspecto tiene una característica: Muerte Digna (MD).

Se aborda en una publicación reciente de la Comisión Nacional de Bioética, compilada por Guillermo Soberón y Dafna Feinholz que reúne la opinión de 18 especialistas en los puntos de vista biológico, psicológico, social y bioético.¹²

Lo biológico es lo más familiar para el médico, su educación profesional orientada a los temas de vida y muerte como fenómenos circulares y ciertamente inevitables, favorece la comprensión de definiciones y la herencia cultural nos dice algo familiar, pero es mayor la incertidumbre y eso genera miedo a lo desconocido. Tal vez da base a la religión que busca por la fe limitar esa incertidumbre o aceptarla a cambio de creer en lo que no podemos conocer con la ciencia.

La definición de estado terminal descansa en que la muerte es un proceso concomitante a la enfermedad, haya sido o no reconocida, y es un acto fisiológico que se presenta en un momento no esperado o como resultado de la progresión de enfermedad o trauma; es la adición de fenómenos biosociales progresivos que llevan al deterioro generalizado, reconocible de las funciones que sugieren que el fin llegará en un periodo no mayor de seis meses.

Es necesario diferenciar en ese periodo la agonía, un estado de agotamiento fisiológico que presagia una muerte en cosa de horas o días, acaso pocos.

Cada uno de estos estados tiene su enfoque concertado. En condiciones de hospital hay la necesidad de que tres médicos constaten la falla orgánica múltiple: el médico tratante, un especialista en la enfermedad que parece ser la principal causa y un internista.

A través de la historia clínica y todo los exámenes de laboratorio y de imagen se pondrán de acuerdo en ese acto médico final, integral que ante la falla de respuesta al mejor tratamiento constituye el diagnóstico de paciente en estado terminal (PET) que dice que no hay respuesta al tratamiento óptimo en ese momento y muy probablemente no hay otro tratamiento accesible en los próximos seis meses.

En tal caso se suspenderán todo tratamiento que no aporte beneficio en términos de comodidad y sólo se debe

continuar con el apoyo debido, para que el enfermo no muera de sed, de hambre y esté sin dolor, con apoyo psicológico, tanatológico y espiritual que el caso demande, que debe ser ofrecido a la familia y amigos en tanto no haya ninguna medida que suponga una probabilidad de recuperación.

Para el médico queda sin resolver un asunto central: el pronóstico.

Este juicio racional implica una visión de futuro, y no puede aceptarse más allá de fundamento de decisiones que se ajusten a los acontecimientos y que lleven a reducir la incertidumbre, pues la muerte llegará si es el caso.

El uso de índices, de sobrevida, de riesgo anestésico o quirúrgico, de la Unidad de Cuidados Intensivos, el llamado APACHE (*A cute P hysiology A nd C hronic H ealth E valuation*), el ASTECA (*A násis de S everidad de T odo E nfermo C rítico A dmitido*), de Glasgow, los estadios tumorales, los índices geriátricos/gerontológicos, el de Karnofsky y otros más son usados en tanto dan una indicación general pero no son definitivos.

Siempre puede haber un error en el juicio del médico y eso puede ocurrir a cualquiera. La relación del médico con su paciente, con la familia y la sociedad puede y debe ser tal que el resultado se acepte y sobre todo el tiempo ayudará. Además la existencia de un documento que puede ser un testamento vital o incluso la Ley de Voluntad Anticipada con valor legal en el Distrito Federal rescata al médico de sus limitaciones.

Añadir la pregunta ¿tiene usted un testamento vital? (o su equivalente con fuerza legal) en las entrevistas por el personal de la institución sería la aportación a la formación de una cultura ética, que además debe estar presente en las declaraciones de la Misión y Visión del Instituto.

Una vez más tener compasión del sufriente y de su familia.

Se cuidará especialmente el plano social, psicológico creando empatía y en el espiritual al respetar las creencias, cualesquiera que estas sean y facilitar el acceso a lo que desea el enfermo o la familia. No olvidar nunca en caso del deceso que el cadáver debe ser entregado con dignidad, no hay excusa para que no se retiren venoclisis, sondas, todos los tubos y demás equipo que tuvo que usarse, el cadáver será manejado con respeto y se entregará con todos los orificios naturales ocluidos, limpio, al servicio funerario para que este desempeñe su función.

La participación de la Tanatología es de gran ayuda en estos momentos cuando los CP se usan para enfatizar la vida y el vivir, no la muerte

No hay fin en este tema, la muerte podría no ser el fin, depende de lo que cada quién crea. Para unos será así, para otros no, ¿quién lo sabe?

De cualquier manera la muerte es el fin de la vida y es para todos el mismo fin.

Cada uno tendrá que morir solo y ojalá en paz.

Conclusión

Esperamos que esta contribución sea bien recibida, podría ser que no. El criterio de cada uno la juzgará y no podemos esperar, en estos tiempos democráticos, criterio uniforme; todos tenemos el mismo valor y toda opinión es bienvenida, sin condiciones, excepto las que marca la

buena crianza y esa creemos que será la única que se acepte, si es así, ¡bienvenida!

Agradecimientos

A la Dra. Teol. Bárbara Andrade, a Pedro A. Reyes S. J., por sus contribuciones y por la lectura crítica del manuscrito. A la Lic. Rosa María Yañez por sus valiosas aportaciones. A nuestros compañeros de la Comisión de Bioética del Instituto y a nuestros pacientes. A la Sra. Marilú Hernández Juárez, por su paciencia y excelente labor secretarial.

Referencias

1. Heras-Gómez A, Valdez-García JE. Instrucción 171/2009. Composición y funciones del Comité de Calidad y Seguridad del paciente (COCASEP) en las unidades prestadoras de salud. *Revista CONAMED* 2009;14:8-11.
2. Pérez Soba JJ. Acto médico. En: Simón Vázquez C. Ed. *Diccionario de Bioética*. Burgos. España. Editorial Monte Carmelo. 2006.p.39.
3. Pérez Soba JJ. El acto moral. En: Simón Vázquez C. Ed. *Diccionario de Bioética*. España. Editorial Monte Carmelo. 2006. Burgos. p.48.
4. Andrade BA. Comunicación personal.
5. Reyes PA. El acto médico, personal y moral. En *Memorias del Simposio Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) Algunos factores que afectan la atención médica*. México DF. Editor Dr. Germán Fajardo Dolci. Comisionado. 2010.p.101.
6. Andrade B. ¿Cuál dignidad humana? Algunas aclaraciones antropológicas y teológicas. *Rev Iberoamer Teol* 2005;1:13-49.
7. Knauer P, SJ. El principio fundamental de la ética. *Ethical problems in Medicine: cases, consultations, principles and conceptual framework*. <http://www.uia.mx/humanismocristiano/link>:
8. Secretaría de Salud. *Estadísticas de mortalidad*. México 2007.
9. Ruelas E. Evolución de la mortalidad en México. En: Soberón G. Feinholz D. *Muerte digna. Una oportunidad real memorias*. México DF. Comisión Nacional de Bioética. 2008.
10. Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. *Cuidados Paliativos. Programas Regionales para América Latina y el Caribe*. 1991.
11. Perrusquía García ML. *Aplicación de Cuidados Paliativos. En Muerte digna. Una oportunidad real. Memoria*. G. Soberón, Feinholz D. México DF. Comisión Nacional de Bioética. 2008.
12. *Muerte digna. Una oportunidad real. Memoria*. G. Soberón, Feinholz D. México DF. Comisión Nacional de Bioética. 2008.