



**Nombre del alumno: Eitan
Gustavo Aguirre Guzman**

**Nombre del profesor: Dario
Cristiaderit**

Nombre del trabajo: Ensayo

**Materia: Bioética y
Normatividad**

Grado: A

¿QUÉ TIENE DE ESPECIAL LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE?

La relación médico-paciente es la piedra angular de la práctica médica y por lo tanto de la ética médica. Como se ha mencionado con anterioridad, la Declaración de Ginebra exige al médico “velar ante todo por la salud de mi paciente” y el Código Internacional de Ética Médica estipula: “El médico debe a sus pacientes toda su lealtad y todos los recursos científicos disponibles para ellos”. Como muchos pacientes no son capaces o no quieren tomar decisiones sobre su atención médica, la autonomía del paciente es a menudo muy problemática. Igualmente, difíciles son otros aspectos de la relación, como la obligación del médico de mantener la confidencialidad del paciente en una era de historiales médicos computarizados y de atención administrada y el deber de mantener la vida frente a las peticiones para apresurar la muerte. Esta sección abordará seis temas que plantean problemas especialmente difíciles para los médicos en su práctica diaria: el respeto y la igualdad de trato; la comunicación y el consentimiento; la toma de decisiones por pacientes incapacitados; la confidencialidad; los problemas del comienzo de la vida y los problemas del término de la vida.

EL RESPETO Y LA IGUALDAD DE TRATO

La creencia de que todos los seres humanos merecen respeto e igualdad de trato es relativamente reciente. En la mayor parte de las sociedades, el trato irrespetuoso y desigual de las personas y grupos era considerado como normal y natural. La esclavitud fue una práctica que no fue erradicada en las colonias europeas y en Estados Unidos hasta el siglo XIX y todavía existe en algunas partes del mundo. El fin de la discriminación contra las personas no blancas en países como Sudáfrica es mucho más reciente. La mujer todavía es víctima de falta de respeto y de trato desigual en la mayoría de los países. La discriminación por edad, discapacidad u orientación sexual es generalizada. Es claro que existe una gran resistencia a la afirmación de que todas las personas deben recibir un trato igual. El cambio gradual y todavía en marcha de la humanidad a la creencia en la igualdad humana comenzó en los siglos XVII y XVIII en Europa y América del Norte. En el siglo XX se elaboró mucho el concepto de igualdad humana desde el punto de vista de los derechos humanos. Una de las primeras acciones de la recientemente creada Naciones Unidas fue la formulación de la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), que estipula en su artículo 1: “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos” Muchos otros organismos internacionales y nacionales han producido declaraciones de derechos, ya sea para todos los seres

humanos, para todos los ciudadanos de un país específico o para ciertos grupos de individuos (derechos del niño, derechos del paciente, derechos del consumidor, etc.). La profesión médica ha tenido opiniones algo conflictivas sobre la igualdad y los derechos del paciente a lo largo de los años. Por un lado, al médico se le ha dicho: “No permitiré que consideraciones de edad, enfermedad o incapacidad, credo, origen étnico, sexo, nacionalidad, afiliación política, raza, orientación sexual, clase social o cualquier otro factor se interpongan entre mis deberes y mi paciente” (Declaración de Ginebra). Al mismo tiempo, los médicos han reclamado el derecho de rechazar a un paciente, salvo en caso de emergencia. Aunque los fundamentos legítimos para dicho rechazo incluyen una práctica completa, (falta de) calificaciones educacionales y especialización, si el médico no tiene que dar una razón por el rechazo de un paciente, puede fácilmente practicar la discriminación sin ser considerado responsable. La conciencia del médico, antes que la legislación o las autoridades disciplinarias, puede ser el único medio de evitar los abusos de derechos humanos en este respecto. Incluso si el médico no ofende el respeto y la igualdad del ser humano en su elección de pacientes, todavía puede hacerlo con sus actitudes y trato hacia los pacientes. El caso práctico que se describe al comienzo de este capítulo demuestra este problema. Como se menciona en el capítulo I, la compasión es uno de los valores centrales de la medicina y es un elemento esencial de una buena relación terapéutica. La compasión está basada en el respeto de la dignidad y los valores del paciente, pero además reconoce y responde a su vulnerabilidad frente a la enfermedad o la discapacidad. Si el paciente siente la compasión del médico, es más probable que confíe en que el médico actuará en su mejor interés y esta confianza puede contribuir al proceso de curación. La confianza que es esencial en la relación médico-paciente generalmente se ha interpretado como que el médico no debe dejar a los pacientes que atiende. Cuando un examen o tratamiento sobrepase su capacidad, el médico debe consultar o derivar a otro médico calificado en la materia”. Sin embargo, existen muchas otras razones por las que un médico quiera poner término a la relación con el paciente, por ejemplo, si el médico cambia el domicilio de su consulta o la cierra, si el paciente se niega o no puede pagar los servicios del médico, si el paciente se niega a seguir las recomendaciones del médico, etc. Muchos médicos, en especial los del sector público, a menudo no pueden elegir a qué pacientes tratar. Algunos pacientes son violentos y son una amenaza para la seguridad del médico. Otros sólo pueden ser descritos como ofensivos por sus actitudes y comportamiento antisociales. ¿Han los pacientes abandonados su derecho al respeto y trato igualitario o se espera que los

médicos hagan esfuerzos extras, incluso heroicos, para establecer y mantener las relaciones terapéuticas con ellos? Con pacientes como estos, el médico debe equilibrar su responsabilidad por su propia seguridad y bienestar y la de su personal, con el deber de promover el bienestar de los pacientes. Otros sólo pueden ser descritos como ofensivos por sus actitudes y comportamiento antisociales. ¿Han los pacientes abandonados su derecho al respeto y trato igualitario o se espera que los médicos hagan esfuerzos extras, incluso heroicos, para establecer y mantener las relaciones terapéuticas con ellos? Con pacientes como estos, el médico debe equilibrar su responsabilidad por su propia seguridad y bienestar y la de su personal, con el deber de promover el bienestar de los pacientes. La atención de pacientes infecciosos plantea otro desafío para el principio de respeto y trato igualitario para todos los pacientes.

Sin embargo, los códigos de ética médica no hacen excepciones para los pacientes infecciosos con respecto al deber del médico de tratar a todos los pacientes por igual. La relación médico-paciente es de naturaleza íntima, lo que puede producir una atracción sexual. Una regla fundamental de la ética médica tradicional indica que esta atracción debe resistirse. El juramento hipocrático incluye la siguiente promesa: “Siempre que entrare en una casa, lo haré para bien del enfermo. Me abstendré de toda mala acción o injusticia y, en particular, de tener relaciones eróticas con mujeres o con hombres...” En los últimos años, muchas asociaciones médicas han reafirmado esta prohibición de relaciones sexuales entre el médico y sus pacientes. Las razones para esto son tan válidas hoy como en el tiempo de Hipócrates, hace 2.500 años. Los pacientes son vulnerables y entregan su confianza al médico para que los trate bien.

LA COMUNICACIÓN Y EL CONSENTIMIENTO

El consentimiento informado es uno de los conceptos centrales de la ética médica actual. El derecho del paciente de tomar decisiones sobre su salud se ha establecido en declaraciones legales y éticas a través del mundo. Una condición necesaria para el consentimiento informado es la buena comunicación entre el médico y el paciente. Cuando el paternalismo médico era normal, la comunicación era relativamente simple: consistía en las instrucciones del médico al paciente para seguir tal o cual tratamiento. Dos obstáculos principales en la buena comunicación entre médico y paciente son las diferencias de idioma y de cultura. Si el médico y el paciente no hablan el mismo idioma será necesario un intérprete. Lamentablemente, en muchas circunstancias no hay intérpretes calificados y el médico debe buscar a la mejor persona disponible para esta

tarea. La cultura, que incluye el idioma, pero es más amplia, plantea problemas adicionales de comunicación. Debido a las distintas formas de comprensión de la naturaleza y las causas de la enfermedad, los pacientes pueden no entender el diagnóstico y las opciones de tratamiento que les proporciona el médico. En estas circunstancias, el médico debe hacer todo lo razonablemente posible para sondear el conocimiento del paciente sobre salud y curación y comunicarle sus recomendaciones lo mejor que pueda. Si el médico ha logrado comunicar al paciente toda la información que necesita y quiere saber sobre su diagnóstico, pronóstico y opciones de tratamiento, entonces el paciente podrá tomar una decisión informada sobre qué hacer. Aunque el término "consentimiento" implica la aceptación del tratamiento, el concepto de consentimiento informado se aplica igualmente al rechazo del tratamiento o a la elección entre tratamientos alternativos. Los pacientes competentes tienen derecho a rechazar el tratamiento, incluso cuando esta negativa les produzca una discapacidad o la muerte. La evidencia del consentimiento puede ser explícita o implícita. El consentimiento explícito se entrega en forma oral o escrita. El consentimiento está implícito cuando el paciente indica que está dispuesto a someterse a un cierto procedimiento o tratamiento a través de su conducta. En algunas culturas, se acepta ampliamente que la obligación del médico de entregar información al paciente no se aplica cuando el diagnóstico es una enfermedad terminal. Se considera que dicha información causaría desesperación en el paciente y le haría los últimos días de vida mucho más insoportables que si tuviera esperanzas de recuperarse. En todo el mundo, es común que los familiares del paciente le imploren al médico que no le diga que se está muriendo. El médico debe ser sensible a los factores culturales y personales cuando comunique malas noticias, en especial sobre una muerte inminente. En el contexto de la creciente tendencia de considerar la salud como un producto de consumo y a los pacientes como consumidores, los pacientes y sus familias con frecuencia exigen acceso a servicios médicos que, en opinión de los médicos, no son apropiados. Este problema es especialmente grave cuando los recursos son limitados y el aplicar tratamientos "inútiles" o "sin beneficios" a algunos pacientes significa que otros pacientes no serán tratados. Inútil o sin beneficios puede entenderse de la siguiente manera: En algunas situaciones, el médico puede determinar que un tratamiento es "médicamente" inútil o sin beneficios porque no ofrece una esperanza de recuperación o mejoría razonables o porque el paciente no podrá experimentar ningún beneficio permanentemente. En otros casos, la utilidad y el beneficio de un tratamiento sólo se puede determinar con referencia a la opinión subjetiva del paciente sobre su bienestar

general. Como regla general, el paciente debe dar su opinión sobre la inutilidad en su caso. En circunstancias excepcionales, estas discusiones puede que no sean en el mejor interés del paciente. El médico no está obligado de ofrecer al paciente un tratamiento inútil o sin beneficios. El principio del consentimiento informado incluye el derecho del paciente a elegir entre las opciones presentadas por el médico. Uno de los principales temas de controversia en ética, derecho y política pública es saber hasta qué punto los pacientes y sus familias tienen derecho a servicios no recomendados por el médico. Hasta que este asunto sea decidido por los gobiernos, compañías de seguros médicos u organizaciones profesionales, el médico tendrá que decidir por sí mismo si acepta el pedido de tratamientos inapropiados. Él debe negar este pedido si está convencido que el tratamiento producirá más perjuicios que beneficios.

LA TOMA DE DECISIONES POR LOS PACIENTES QUE NO SON CAPACES DE DECIDIR POR SÍ MISMOS

Muchos pacientes no son capaces de tomar decisiones por sí mismos. Por ejemplo, los niños chicos, personas con enfermedades neurológicas o psiquiátricas y las que están temporalmente inconscientes o en coma. Estos pacientes necesitan representantes que tomen decisiones, ya sea el médico u otra persona. La determinación del representante apropiado que tome las decisiones y la elección de los criterios para las decisiones a nombre los pacientes incapacitados plantean problemas éticos. Cuando prevalecía el paternalismo médico, el médico era considerado el representante apropiado para un paciente incapacitado. El médico podría consultar a los familiares sobre las opciones de tratamiento, pero es él quien toma la decisión final. Los médicos han perdido poco a poco esta autoridad en muchos países, ya que los pacientes pueden nombrar a sus propios representantes que decidan por ellos en caso de que estén incapacitados. Los problemas surgen cuando los que sostienen que son los representantes apropiados, por ejemplo, distintos familiares, no se ponen de acuerdo o cuando lo hacen, su decisión no es la mejor para el paciente, según la opinión del médico. Los criterios principales que se deben utilizar en las decisiones de tratamiento por un paciente incapacitado son sus preferencias, si son conocidas. Las preferencias pueden estar estipuladas en una voluntad anticipada o pueden haber sido comunicadas al representante designado, al médico o a otros miembros del equipo médico.