

# Manual de Ética

**Cuarta Edición**

American College of Physicians \*

Los valores médicos, jurídicos y sociales no son estáticos. Por ende, se hace necesario reexaminar los principios éticos del ejercicio de la medicina y su aplicación en circunstancias nuevas. En la cuarta edición del *Manual de Ética* del American College of Physicians se cubren los asuntos emergentes en la ética médica y se vuelven a visitar los antiguos. Se reflexiona sobre muchas de las tensiones éticas que los internistas y sus pacientes enfrentan y se trata de arrojar luz sobre la forma en que los principios existentes se extienden a las inquietudes también emergentes. Asimismo, reiterar los principios éticos que han ofrecido orientación para solucionar problemas éticos en el pasado podría ayudar a médicos a evitar problemas en el futuro. El *Manual* no es un sustituto de la experiencia e integridad de los médicos individuales, sino que puede servir como recordatorio de las obligaciones y los deberes comunes a los que ejercen la profesión médica.

*El secreto de la atención del paciente está en interesarse por él.*  
Francis Weld Peabody [\(1\)](#)

Ciertos aspectos de la medicina son fundamentales y eternos. En cambio, el ejercicio de la medicina siempre está cambiando. Los médicos deben estar preparados para hacer frente a los cambios y para reafirmar aquello que es fundamental.

En ésta, la cuarta edición del *Manual de Ética* del American College of Physicians, se examinan asuntos emergentes de la ética médica y se vuelven a visitar otros más antiguos que continúan siendo muy relevantes. Los cambios que se han hecho al *Manual* desde su última revisión en 1992 incluyen secciones nuevas sobre las pruebas genéticas, el entorno cambiante del ejercicio de la medicina y la atención administrada, la donación de órganos y la certificación de discapacidades. También se ha añadido un método de casos para la toma de decisiones éticas ([Apéndice](#)). Se tratan más extensamente asuntos como la responsabilidad de los pacientes y la discriminación y se ha corregido substancialmente la sección sobre las decisiones cercanas a la muerte (que incluyen el suicidio asistido por médicos). La literatura sobre la ética biomédica se está expandiendo a una velocidad que hace imposible mantener actualizada la bibliografía [\(2\)](#); por lo tanto, en esta edición del *Manual* no se incluye una lista exhaustiva de material de consulta ni lecturas sugeridas.

El *Manual* tiene el propósito de facilitar el proceso de toma de decisiones éticas en el ejercicio de la medicina y la investigación médica, así como de describir y explicar los principios subyacentes de dicho proceso. Debido a que la ética debe entenderse dentro de un contexto histórico y cultural, la segunda edición del *Manual* incluía una breve perspectiva general de los puntos de sostén culturales, filosóficos y religiosos de la ética médica moderna. En esta edición remitimos al lector a esa perspectiva general [\(3, 4\)](#) y a otras fuentes [\(5-8\)](#) que analizan más a fondo el rico patrimonio de la ética médica.

El *Manual* plantea problemas éticos y presenta lineamientos generales. Al aplicar estos lineamientos, los médicos deben considerar las circunstancias del paciente individual y usar su criterio de la mejor forma posible. Los médicos deben rendir cuentas desde el punto de vista moral y legal, mas éstos podrían no ser concordantes entre sí. Por ejemplo, la participación de médicos en actividades de tortura es legal en algunos países, pero nunca es defendible moralmente. Los médicos deben tener en mente los posibles conflictos y distinciones entre las obligaciones éticas y legales al tomar decisiones clínicas y deben obtener asesoramiento cuando les inquieten las posibles consecuencias legales de sus decisiones. En este *Manual* aludimos a la ley únicamente con fines de ilustración; estas alusiones no deben interpretarse como declaración de la ley ni de las consecuencias jurídicas de las acciones de un médico, mismas que pueden variar de un estado a otro. Los médicos deben adquirir y conservar un conocimiento adecuado de los componentes clave de las leyes y los reglamentos que afectan a sus pacientes y al ejercicio de su profesión.

La ley no siempre establece los deberes positivos (es decir, lo que uno debe hacer) en la medida en que la ética profesional, especialmente la ética médica, lo hace. Nuestra comprensión actual de la ética médica se basa en los principios de los que emergen los deberes positivos. Estos principios incluyen la beneficencia—el deber de promover el bien y actuar como mejor le convenga al paciente y a la salud de la sociedad—, así como la no maleficencia —el deber de no hacer daño a los pacientes. También se incluye el respeto por la autonomía del paciente; el deber de proteger y promover las decisiones libres, sin que obre coacción sobre los pacientes (9). A partir del principio de respeto por la autonomía se derivan las reglas de veracidad, revelación de información y consentimiento informado. El peso relativo que se otorga a estos principios y los conflictos entre ellos a menudo dan cuenta de los problemas éticos que los médicos enfrentan. Los médicos que enfrentarán los desafíos de solucionar dilemas deben contar con virtudes como compasión, valor y paciencia ante cada uno de los aspectos del ejercicio profesional.

Además, las consideraciones de justicia informan la función del médico como ciudadano y las decisiones clínicas acerca de la asignación de recursos. El principio de justicia distributiva exige que tratemos de distribuir equitativamente las oportunidades de mejorar la vida que ofrece la atención médica. La forma en que logremos esta distribución es el enfoque de un intenso debate. Más que nunca, las inquietudes sobre la justicia desafían al papel tradicional del médico como el defensor del paciente.

Los sistemas de atención médica están cambiando. Las localidades de atención están cambiando y la atención administrada continúa creciendo, mas, sin embargo, el sistema de atención médica estadounidense no atiende a todos sus ciudadanos adecuadamente y es necesaria una reforma importante. Si bien no está claro la forma en que debe reformarse el sistema para alcanzar ese objetivo, se sabe que el financiamiento de la atención médica es un problema grave. Los valores de la sociedad se pondrán a prueba en las decisiones que se tomen sobre la asignación de recursos.

Los asuntos éticos atraen la atención pública generalizada y la prensa cubre el debate sobre ellos regularmente. A través de legislación, medidas administrativas o decisiones jurídicas, el gobierno cada vez participa más en la ética médica. Hoy, la convergencia de diversas fuerzas —los avances científicos, la educación pública, los derechos civiles y movimientos de los consumidores, los efectos de la ley y la economía sobre la medicina y la heterogeneidad de nuestra sociedad— exigen que los médicos expresen claramente los principios éticos que guían su conducta, independientemente de si esto sucede en la atención clínica, la investigación o la docencia o bien, hasta como ciudadanos. Es crucial que se escuche una perspectiva médica responsable a medida que se tomen las decisiones sociales.

Desde las pruebas genéticas previas a la concepción hasta los dilemas que presentan los pacientes cercanos a la muerte, se pide a los médicos, los pacientes y sus allegados que tomen decisiones éticas difíciles. En la década de los setenta se vio el desarrollo de la bioética hasta convertirse en un campo, seguido por una serie de reportes realizados por la Comisión Presidencial Estadounidense para el Estudio de Problemas Éticos en Medicina y la Investigación Biomédica y Conductual. Entonces y ahora, los asuntos importantes incluyen el consentimiento informado (10, 11), el acceso a la atención médica (12), la detección selectiva y la ingeniería genéticas (13, 14), así como la renuncia al tratamiento para mantener la vida (15, 16). Éstos y otros asuntos —el SIDA, suicidio asistido por médicos, la cada vez mayor computarización de las historias clínicas y el médico como empresario— nos retan a reconsiderar periódicamente temas como la relación médico-paciente, las decisiones de limitar el tratamiento y la confidencialidad.

Este *Manual* se escribió para nuestros colegas en medicina. En el American College of Physicians se considera que este *Manual* ofrece el mejor abordaje hacia los retos que en él se tratan. Esperamos que estimule un debate razonado y sirva como consulta para aquéllos que desean informarse sobre las posiciones del American College of Physicians en relación con asuntos éticos. Los debates sobre la ética médica también pueden estimular la evaluación y discusión crítica de la política jurídica y pública en lo que concierne a los temas éticos difíciles que enfrentan los pacientes, los médicos y la sociedad.

## **El médico y el paciente**

La relación médico-paciente implica obligaciones especiales para el médico de atender el interés del paciente debido al conocimiento especializado que tienen los médicos y al desequilibrio de poder entre los médicos y sus pacientes.

El compromiso fundamental del médico siempre debe estar dirigido hacia el bienestar y lo que mejor le convenga al paciente, independientemente de si el médico está previniendo o tratando una enfermedad o ayudando al paciente a lidiar con enfermedades, discapacidades y la muerte. El médico debe apoyar la dignidad de todas las personas y respetar su singularidad. Los intereses del paciente siempre deben promoverse sin importar las disposiciones financieras, el marco en que se suministra la atención médica ni las características del paciente, como su capacidad para tomar decisiones o su condición social.

Al principio de la relación médico-paciente, el médico debe entender las quejas, los sentimientos subyacentes, las metas y las expectativas del paciente. Después de que el paciente y médico convengan en el problema y el objetivo del tratamiento, el médico presenta uno o más planes de acción. Si ambas partes están de acuerdo, el paciente puede autorizar al médico para que dé comienzo al plan de acción; en ese momento el médico puede aceptar esa responsabilidad. Esta relación implica obligaciones mutuas. El médico debe ser competente profesionalmente, actuar responsablemente y tratar al paciente con bondad y respeto. El paciente debe entender y dar su consentimiento para el tratamiento que se suministre y debe participar responsablemente en la atención. Aunque el médico debe recibir remuneración justa por los servicios que suministre, el sentido de deber hacia el paciente debe prevalecer sobre la preocupación de remuneración cuando esté en juego el bienestar de un paciente.

### **Inicio y suspensión de la relación médico-paciente**

Debido a la historia, la tradición y el juramento profesional, los médicos están obligados moralmente a proporcionar atención a los enfermos. Aunque esta obligación es colectiva, cada médico individual está obligado a colaborar con una parte equitativa a fin de asegurar que todos los enfermos reciban tratamiento adecuado. Un médico no puede discriminar contra una clase o categoría de pacientes [\(17\)](#).

La relación individual médico-paciente se forma sobre las bases de un mutuo acuerdo en relación con la atención médica para el paciente. En la ausencia de una relación preexistente, el médico no está obligado éticamente a proporcionar atención a una persona en particular a menos que no haya otro médico disponible, como en el caso de ciertas comunidades aisladas o cuando se requiere tratamiento de emergencia. Bajo estas circunstancias, el médico está obligado moralmente a proporcionar la atención y, de ser necesario, disponer el seguimiento adecuado. Los médicos también podrían estar obligados mediante contrato a proporcionar atención a los beneficiarios de planes de atención médica en los que participan.

Los médicos y pacientes podrían tener distintos conceptos del significado de los problemas médicos y de su resolución. La atención del paciente y la satisfacción de ambas partes estarán mejor atendidas si el médico y el paciente hablan sobre sus expectativas e inquietudes. A pesar de que el médico debe atender las inquietudes del paciente, no se requiere que infrinja sus valores personales fundamentales, los estándares del ejercicio científico o ético ni los jurídicos. Cuando las convicciones del paciente – religiosas, culturales o de otro tipo– estén en oposición a las recomendaciones médicas, el médico tiene la obligación de tratar de entender claramente las creencias y los puntos de vista del paciente. Si el médico no puede poner en práctica los deseos del paciente después de tratar seriamente de solucionar las diferencias, el médico debe transferir la atención del paciente.

Bajo circunstancias excepcionales, el médico puede suspender la relación profesional notificándoselo al paciente y, con la autorización del mismo, transferir la información de la historia clínica a otro médico, siempre y cuando haya atención adecuada en otro lugar y la salud del paciente no se vea amenazada en el proceso. La continuidad de la atención debe asegurarse lo mejor que permita la capacidad del

médico. El que el paciente dé por terminada la relación es algo serio, especialmente si éste está extremadamente enfermo, y debe acometerse sólo después de intentos genuinos de entender y solucionar las diferencias. El paciente tiene la libertad de cambiarse de médicos y tiene derecho a la información contenida en las historias clínicas.

## **Confidencialidad**

La confidencialidad es un principio fundamental de la atención médica. Es cuestión de respetar la intimidad de los pacientes, de animarlos a buscar atención médica, hablar sobre sus problemas con franqueza y prevenir la discriminación basada en sus padecimientos médicos. El médico no debe dar a conocer información sin el consentimiento del paciente (a menudo se denomina "comunicación confidencial"). Sin embargo, la confidencialidad, al igual que otros deberes éticos, no es algo absoluto. Podría tenerse que invalidar a fin de proteger a personas individuales o al público –por ejemplo, para advertir a las parejas sexuales que un paciente tiene sífilis o está infectado del VIH– o bien, para dar a conocer información cuando la ley lo exige. Antes de violar la confidencialidad, el médico debe hacer todo lo posible para hablar sobre los problemas con el paciente. Si fuese necesario violar la confidencialidad, debe hacerse en forma tal que se minimizara el daño al paciente y se acataran las leyes federales y estatales pertinentes.

Cada vez es más difícil mantener la confidencialidad en esta era de registros computarizados y de procesamiento electrónico de datos, envío por facsímil de la información de pacientes, pago de servicios médicos por terceros y en la que la atención de pacientes se comparte entre un gran número de instituciones y profesionales médicos. Los médicos deben estar conscientes del aumento en el riesgo de la invasión de la intimidad de los pacientes y deben ayudar a garantizar la confidencialidad. Dentro de sus propias instituciones, los médicos deben propugnar políticas y procedimientos que protejan la confidencialidad de los registros de los pacientes.

El que el personal profesional hable en lugares públicos sobre los problemas de un paciente identificado (por ejemplo, en elevadores o cafeterías) es una violación de la confidencialidad y no es ético. Fuera de un entorno educativo, hablar sobre un paciente que se podría identificar frente a personas que no participan en la atención de ese paciente es imprudente y menoscaba la confianza del público en la profesión médica. Los médicos de pacientes famosos deben recordar que no pueden hablar sobre la información médica del paciente ni darla a conocer sin el consentimiento explícito del mismo.

El apoyo familiar es importante en la atención del paciente adolescente. Sin embargo, este apoyo debe equilibrarse con la confidencialidad y el respeto por la autonomía del adolescente para tomar decisiones de atención médica y en las relaciones con los proveedores de atención médica (18). Los médicos deben estar debidamente informados sobre la legislación estatal que rige el derecho de pacientes adolescentes a la confidencialidad y el derecho legal del adolescente de dar consentimiento para su tratamiento.

Ocasionalmente, el médico recibe información por parte de amigos o parientes del paciente y se le solicita que no dé a conocer al paciente la fuente de esa información (19). El médico no está obligado a mantener esos secretos frente al paciente. Se debe exhortar al informante para que hable con el paciente directamente y que anime al paciente a comunicar esa información al médico. El médico debe mostrar delicadeza y usar su criterio para decidir si usará la información y si revelará su fuente al paciente. El médico siempre debe actuar según lo que le convenga más al paciente.

## **El paciente y la historia clínica**

Ética y legalmente, los pacientes tienen derecho de saber lo que se encuentra en su historia clínica. Legalmente, el registro en sí pertenece al médico o a la institución, pero la información contenida en el mismo pertenece al paciente. La mayoría de los estados cuentan con leyes que garantizan al paciente

acceso personal a su historia clínica. El médico debe proporcionar la información al paciente o a un tercero, según lo solicite el paciente. Los médicos deben conservar el original del registro y los estudios radiográficos y atender la solicitud del paciente con copias, a menos que la ley exija el registro original. A fin de proteger la confidencialidad, la información debe darse a conocer únicamente con el permiso por escrito del paciente o de su representante autorizado legal.

### **Revelación de información**

Para tomar las decisiones de atención médica y trabajar inteligentemente en colaboración con el médico, el paciente debe estar bien informado. La comunicación eficaz entre el paciente y médico puede disipar la incertidumbre y el temor y puede aumentar la curación y la satisfacción del paciente. Siempre que se considere esencial para que el paciente comprenda su situación, los posibles tratamientos y los probables resultados, la información debe dársele a conocer. Esta información a menudo incluye los costos y las cargas del tratamiento, la experiencia del médico que se propone, la índole de la enfermedad y los posibles tratamientos.

Independientemente de lo incómodo que sea para el médico o para el paciente, debe darse a conocer la información que sea esencial para el paciente. Cómo, cuándo y a quién dar a conocer la información son cuestiones importantes que deben encararse.

La información se debe dar a conocer en términos que el paciente pueda entender. El médico debe ser sensible a las reacciones del paciente en lo que concierne la velocidad de la revelación, particularmente si la enfermedad es muy grave. La revelación nunca debe ser un proceso mecánico o superficial. Las noticias y la información sobrecogedoras deben presentarse al paciente en forma tal que se minimice la angustia (20, 21). Si el paciente no puede comprender su padecimiento, debe darse a conocer a fondo a un representante adecuado.

Además, los médicos deben revelar a los pacientes la información sobre errores de procedimiento o criterio que hayan efectuado durante la atención, en caso de que dicha información sea esencial para el bienestar del paciente. Los errores no necesariamente constituyen conducta impropia, negligente o no ética, pero el no revelarlos puede serlo.

### **Consentimiento informado**

Tocar a una persona sin autorización constituye agresión, incluso en el marco médico. El consentimiento del paciente permite al médico suministrar la atención.

El consentimiento puede ser ya sea explícito o implícito. El consentimiento explícito sucede más a menudo en un marco hospitalario, donde se da el consentimiento escrito u oral para una intervención en particular. En muchos encuentros médicos, cuando el paciente se presenta ante el médico para obtener una evaluación y la atención, puede suponerse que se ha dado el consentimiento. El padecimiento subyacente y las opciones de tratamiento se explican al paciente y el tratamiento se suministra o se rechaza. En emergencias médicas, se considera que el consentimiento para el tratamiento necesario a fin de mantener la vida o restaurar la salud generalmente es implícito a menos que se sepa que el paciente rechazaría la intervención.

La doctrina del consentimiento informado va más allá de la cuestión de si el consentimiento se dio para un tratamiento o intervención. Más bien, se centra en el contenido y proceso del consentimiento. Al médico se le requiere que proporcione suficiente información como para permitir al paciente tomar una decisión con conocimiento de causa sobre cómo proceder. La presentación del médico debe hacerse de forma tal que el paciente la entienda, ser imparcial e incluir la recomendación del médico. La coincidencia del paciente o su representante debe ser libre y sin coacción.

El principio y la práctica del consentimiento informado depende de que los pacientes hagan preguntas cuando no estén seguros de la información que reciben; en que piensen detenidamente sobre sus opciones; y en que sean francos ante sus médicos sobre los valores, las inquietudes y reservaciones

sobre una recomendación en particular. Una vez que los pacientes y médicos convengan en un plan de acción, los pacientes debieran hacer todo lo posible dentro de lo razonable para implementar los aspectos de la atención que estén bajo su control o para informar al médico oportunamente si no es posible hacerlo.

El médico está obligado a garantizar que el paciente o su representante esté informado adecuadamente sobre la índole del padecimiento que sufre el paciente, los objetivos, las alternativas, los resultados posibles y los riesgos que implica el tratamiento que se propone.

Se considera competente para tomar decisiones sobre atención médica a todos los pacientes adultos a menos que un tribunal los haya declarado incompetentes. Sin embargo, en el ejercicio de la medicina clínica, los médicos y los familiares por lo general toman decisiones sin una audiencia formal para establecer la competencia ante el tribunal en casos de pacientes que carecen de la capacidad de toma de decisiones. Este enfoque clínico puede justificarse éticamente si el médico ha determinado cuidadosamente que el paciente es incapaz de entender la índole del tratamiento propuesto, las alternativas, los riesgos, los beneficios y las consecuencias del mismo.

Cuando el paciente carece de capacidad para tomar decisiones (es decir, la capacidad de recibir y expresar información y de tomar una decisión consonante con esa información y los valores de la persona), un representante adecuado que lo sustituya debe tomar las decisiones con el médico. Idealmente, los representantes que tomen las decisiones deben conocer las preferencias del paciente y actuar en la forma que mejor le convenga al mismo. Si el paciente designó a un apoderado, como pudiera hacerlo mediante un poder notarial para la atención médica, esa decisión debiera respetarse. Cuando los pacientes no hayan seleccionado representantes, el ejercicio de la medicina estándar es que los familiares cercanos funjan como representantes. En algunos estados se designa el orden en que los familiares cercanos pueden fungir como representantes. Los médicos deben estar conscientes de los requisitos jurídicos existentes en su estado en relación con la designación de representantes y la toma de decisiones. En algunos casos, todas las partes pueden convenir en que una amistad cercana es un representante más adecuado que un familiar.

Los médicos deben ejercer precauciones razonables para asegurarse que las decisiones de los representantes sean consistentes con las preferencias del paciente y lo que más le convenga al mismo. Siempre que sea posible, estas decisiones deben tomarse en el marco médico por los médicos, representantes y otras personas que atienden al paciente. Los médicos deben enfatizar a los representantes que las decisiones deben basarse en lo que el paciente hubiera deseado, no en lo que los representantes elegirían para ellos mismos. Si existieran desacuerdos que no pudieran solucionarse, los comités de ética de hospitales podrían ayudar. Los tribunales deben usarse cuando al hacerlo le convendría al paciente, como por ejemplo para establecer la custodia de un paciente sin amistades e incompetente; para solucionar un problema cuando fallan otros procesos; o para cumplir con la legislación estatal.

La mayoría de los pacientes adultos pueden participar en su atención médica y por lo tanto compartir la responsabilidad de la misma. Los médicos no pueden diagnosticar y tratar padecimientos adecuadamente sin conocer totalmente los antecedentes médicos personales y familiares, hábitos, tratamientos actuales (médicos y de otro tipo) y síntomas del paciente. La obligación del médico hacia la confidencialidad existe en parte para asegurar que los pacientes puedan ser francos sin temor de perder la intimidad. Los médicos deben tratar de crear un ambiente en el que la honestidad pueda prosperar y en el que el paciente pueda presentar sus preguntas e inquietudes.

### **Decisiones sobre la reproducción**

El deber ético de dar a conocer información relevante sobre la reproducción humana al paciente puede estar en conflicto con las normas morales personales del médico en lo que concierne al aborto, la esterilización o métodos anticonceptivos. El médico que se opone a estos servicios no necesita participar, ya sea ofreciendo consejo al paciente o participando en una intervención. Al igual que en

cualquier otra situación médica, el médico tiene el deber de remitir al paciente a una fuente apropiada para que obtenga la gama completa de opciones de manera que las opciones legales del paciente no se vean constreñidas.

Si un paciente menor de edad solicita el aborto, consejo sobre métodos anticonceptivos o tratamiento de enfermedades de transmisión sexual sin el conocimiento de uno de los padres, es aconsejable que el médico intente convencer al paciente sobre los beneficios de que sus padres participen, pero se debe estar consciente de que pudiera existir un conflicto entre el deber legal de mantener la confidencialidad y la obligación hacia los padres o tutores legales. La información no debe proporcionarse a otros sin el permiso del paciente [\(22\)](#). En tales casos, el médico debe guiarse por su conciencia según lo que dispongan las leyes.

### **Pruebas genéticas**

Las pruebas presintomáticas y de diagnóstico presentan problemas de educación, asesoramiento, confidencialidad y justicia. Este tipo de pruebas puede permitir a los médicos predecir enfermedades o aclarar la susceptibilidad en un momento en que la medicina podría no tener la capacidad de prevenir o curar los padecimientos que se identifiquen. Tanto el público como los profesionales de atención médica a menudo tienen un conocimiento limitado de la distinción entre la predicción y la susceptibilidad o el riesgo. Las pruebas genéticas presentan problemas singulares, ya que identifican el riesgo de enfermedades que implica un significado especial para pacientes y familiares que pudieran no estar bajo el cuidado del médico que suministra la prueba.

Los médicos deben hablar con los pacientes sobre el grado en el que un factor de riesgo genético en particular está correlacionado con la probabilidad de desarrollar la enfermedad. No se debe acometer este tipo de pruebas hasta que estos asuntos se hayan explorado a fondo con el paciente y las posibles consecuencias de la prueba, desde su impacto sobre el bienestar del paciente hasta las implicaciones para otros familiares y su uso por compañías de seguros y otras instituciones sociales, se entiendan a fondo.

Debido a que la cantidad de consejeros genéticos capacitados es pequeña y es muy improbable que corresponda al crecimiento exponencial de pruebas genéticas, cada vez más la responsabilidad de comunicar los resultados de las pruebas genéticas recae más en el médico general. Únicamente los médicos que estén familiarizados con las habilidades necesarias para la educación y el asesoramiento previas y posteriores a las pruebas deben realizar pruebas genéticas [\(23\)](#). Todos los médicos en atención primaria deben adquirir estas destrezas.

A medida que se hace disponible más información sobre el riesgo genético de ciertas enfermedades, los médicos deben estar conscientes de la necesidad de confidencialidad en lo que concierne a los resultados de este tipo de pruebas. Muchos gobiernos estatales y el federal están promulgando normas y reglamentos que tratan sobre el acceso de las empresas y compañías de seguros a dicha información. Existen complejos problemas éticos adicionales, como a cuál integrante de la familia debe informársele de los resultados de las pruebas genéticas. Los médicos debieran ser sensibles a estos problemas éticos y las pruebas no deben solicitarse hasta que se haya hablado a fondo sobre estos asuntos y se hayan entendido adecuadamente sus consecuencias.

El potencial para la estigmatización y la discriminación en las áreas de elegibilidad para seguro y laboral exige que los médicos garanticen la confidencialidad de los datos. Sin embargo, la presencia de un factor de riesgo genético o de una enfermedad genética en un integrante de la familia eleva la posibilidad de que otros parientes consanguíneos corran este riesgo. El médico debe tratar de obtener el consentimiento del paciente afectado para exhortar a los familiares potencialmente afectados a que se sometan a las pruebas genéticas si el riesgo pudiese afectar decisiones importantes de la vida o un tratamiento.



## Riesgo médico para el médico y el paciente

Tradicionalmente, el imperativo ético de que los médicos proporcionen atención ha invalidado el riesgo que corre el médico tratante, inclusive durante epidemias. En décadas recientes, con el mejor control de ese tipo de riesgos, los médicos han ejercido la medicina sin tener este riesgo como inquietud prominente. Sin embargo, las exposiciones ocupacionales potenciales, como al VIH, la tuberculosis resistente a fármacos múltiples y a la hepatitis viral hacen necesaria la reafirmación del imperativo ético (24).

Los médicos deben evaluar el riesgo de infectarse de patógenos, tanto en su vida personal como en el trabajo, e implementar las precauciones correspondientes. Los médicos que pudieran haber estado expuestos a los patógenos tienen la obligación ética de someterse a pruebas y deben hacerlo voluntariamente. Los médicos infectados deben someterse a la orientación de su médico personal o a la revisión de expertos locales para determinar, confidencialmente, si las restricciones en el ejercicio de la medicina son apropiadas con base en el cumplimiento, por parte del médico, con las precauciones de control de infecciones y de aptitud física y mental para ejercer. La infección en sí no justifica restricciones en el ejercicio en lo que concierne a un trabajador del campo de atención médica competente en otros aspectos. De los profesionales de la salud de atención médica se espera que cumplan con las políticas de salud pública e institucionales.

Debido a que las enfermedades mencionadas anteriormente pueden transmitirse del paciente al médico y debido a que representan considerables riesgos para la salud de médicos y son difíciles de tratar o curar, algunos médicos podrían estar tentados a evitar atender a pacientes infectados. Los médicos y las organizaciones de atención médica están obligados a proporcionar atención competente y humanitaria a todos los pacientes, independientemente de sus padecimientos. Los médicos pueden y deben esperar que en sus instalaciones de trabajo se proporcionen medios adecuados para limitar la exposición ocupacional mediante la aplicación rigurosa de métodos de control de infecciones. No es ético negar atención adecuada a una clase de pacientes, por cualquier razón (25).

La cuestión de si los médicos deben dar a conocer su padecimiento depende de la probabilidad de riesgos para el paciente y la legislación o los reglamentos pertinentes en sus localidades. Los médicos deben retirarse de la atención si se hace evidente que el riesgo asociado con el contacto o con una intervención es significativa, aún si se tomaran las medidas preventivas apropiadas. Los médicos también están obligados a revelar su padecimiento *a posteriori* si hubiera sucedido una exposición clínicamente significativa.

Los médicos tienen varias obligaciones en lo que respecta al riesgo de infección nosocomial. Deben ayudar al público a entender el bajo nivel de riesgo y presentarlo en la perspectiva de otros riesgos médicos al mismo tiempo que reconocen la preocupación del público. Los médicos proporcionan atención médica a profesionales de la salud y parte de esta atención es hablar con estos profesionales sobre su obligación ética de conocer el riesgo que corren de contraer enfermedades como VIH o hepatitis viral, de someterse a pruebas voluntariamente si corriesen riesgos y de tomar medidas razonables para proteger a los pacientes. El médico que proporciona atención a un profesional de la salud seropositivo debe determinar la aptitud que dicho profesional de la salud tiene para trabajar. En algunos casos, no puede convencerse a este tipo de profesionales seropositivos de que cumplan con los lineamientos de control de infección aceptados o bien, a algunos médicos con capacidades menoscabadas no se les puede convencer de que restrinjan su ejercicio profesional. En casos excepcionales como éstos, el médico tratante podría necesitar violar la confidencialidad y dar parte de este incidente a las autoridades pertinentes a fin de proteger a los pacientes y conservar la confianza del público en la profesión, a pesar de que estas acciones podrían tener consecuencias legales.

## Tratamientos alternativos

La medicina alternativa o complementaria es un término común utilizado para prácticas de salud que generalmente no pueden obtenerse de médicos estadounidenses, no se ofrecen en hospitales estadounidenses y tampoco se enseñan ampliamente en las facultades médicas estadounidenses (26). El médico no debe abandonar al paciente que decide tratar una terapia alternativa. Las peticiones de

los pacientes de tratar una terapia alternativa requieren equilibrar la norma médica de atención con el derecho del paciente de seleccionar su atención con base en sus valores y preferencias. Las peticiones de este tipo ameritan que el médico las atienda detenidamente. Antes de asesorar al paciente, el médico debe determinar la razón de la petición: por ejemplo, si es que proviene de insatisfacción con la atención que el paciente está recibiendo en ese momento [\(27\)](#). El médico debe estar seguro de que el paciente entiende su padecimiento, las opciones estándares de tratamiento médico y los resultados esperados.

El médico debe animar al paciente que solicite un tratamiento alternativo a que busque literatura e información de fuentes confiables. Debiera informársele claramente al paciente si la opción que está considerando tiene la probabilidad de demorar el acceso a tratamiento eficaz o si se sabe que es dañina. El médico no necesita participar en la monitorización ni el suministro de atención alternativa al paciente. Sin embargo, los médicos debieran reconocer que algunos pacientes pueden seleccionar formas alternativas de tratamiento; esta decisión por sí sola no debe ser causa para dar por terminada la relación médico-paciente.

### **Certificación de discapacidades**

Algunos pacientes padecen de enfermedades crónicas, abrumadoras o catastróficas. En estos casos, la sociedad permite a los médicos justificar exenciones para el trabajo, así como legitimar otras formas de apoyo económico.

En concordancia con su función de defensor de pacientes, el médico debe asistir al paciente que sufre de una discapacidad médica para que obtenga la condición adecuada de discapacidad [\(28\)](#). Los formularios de evaluación de discapacidades deben contestarse veraz, honesta y oportunamente.

Los médicos a menudo se encontrarán con pacientes cuyos problemas podrían no adecuarse a las definiciones estándares de discapacidad, pero quienes, sin embargo, parecen merecer la asistencia (por ejemplo, el paciente pudiera contar con muy limitados recursos o vivienda de bajos recursos). Los médicos no deben distorsionar la información médica ni representar falsamente la condición funcional del paciente en un intento equivocado por ayudar a estos pacientes, ya que se haría peligrar la honradez del médico, así como su capacidad de defensor en pro de los pacientes que verdaderamente satisfacen los criterios de discapacidad o exención.

### **La atención de familiares, amigos y empleados del médico**

Los médicos deben evitar tratarse a ellos mismos, a amistades cercanas o a integrantes de sus propias familias. Asimismo, deben proceder con mucha cautela en lo que respecta a la atención de empleados con los que estén estrechamente asociados. Los problemas pudieran incluir la obtención inadecuada de la historia clínica o del examen físico como consecuencia de las molestias relacionadas con sus papeles, ya sea por parte del paciente o del médico. La proximidad emocional del médico pudiera tener como consecuencia la pérdida de objetividad. Si el médico decidiera tratar a una amistad cercana, un pariente o un empleado debido a la necesidad, el paciente debiera transferirse a otro médico tan pronto sea práctico. De otra forma, las peticiones de atención por parte de empleados, parientes o amistades deben solucionarse ayudándoles a que obtengan la atención adecuada. Sin embargo, no se impide desempeñar la función de asesor informado y afectuoso.

### **Contacto sexual entre el médico y paciente**

Los asuntos de dependencia, confianza y transferencia, así como la desigualdad del poder, conducen a una mayor vulnerabilidad por parte del paciente y requieren que el médico no entable relación sexual alguna con un paciente. No es ético que un médico se involucre sexualmente con un paciente actual, incluso si el paciente inicia o consiente al contacto.

Incluso la relación sexual entre médicos y ex pacientes es motivo de preocupación. El impacto de la relación médico-paciente podría verse muy diferentemente por los médicos que por los ex pacientes y

cualquiera de las partes podría subestimar la influencia de la relación profesional que existió. Muchos ex pacientes continúan sintiendo dependencia y transferencia en relación con sus médicos durante mucho tiempo después de que terminó la relación profesional. La intensa confianza que a menudo se establece entre el médico y paciente puede magnificar la vulnerabilidad del paciente en una relación sexual subsiguiente. Una relación sexual con un ex paciente no es ética si el médico "usa o se aprovecha de la confianza, el conocimiento, las emociones o la influencia derivada de la relación profesional anterior" (29). Debido que pudiera ser difícil para el médico juzgar esta influencia, aconsejamos consultar con un colega u otro profesional antes de involucrarse sexualmente con un ex paciente (30).

## **Atención de pacientes cercanos a la muerte**

La atención en los momentos cercanos a la muerte es un aspecto importante del ejercicio de la medicina. Los médicos individuales y la comunidad médica deben comprometerse a suministrar atención bondadosa y competente a los pacientes que están muriendo y a sus familias (31). Los pacientes, por legítimo derecho, esperan que sus médicos les atiendan y les proporcionen asistencia médica en el momento de su agonía. El control adecuado de los síntomas, la participación constante con el paciente, así como el apoyo físico, psicológico y espiritual son las características de una atención de calidad de pacientes agonizantes. Este tipo de atención, sin embargo, tiene una intensidad moral, psicológica e interpersonal que la distingue de la mayoría de los demás encuentros clínicos.

### **Pacientes cercanos a la muerte**

Para atender adecuadamente a pacientes cercanos a la muerte, el médico debe entender que la atención paliativa implica atender las necesidades físicas, psicosociales y espirituales y que los pacientes podrían, en ocasiones, requerir tratamientos paliativos en un contexto de atención aguda (32-34). A fin de ofrecer atención paliativa, el médico debe tener conocimientos actualizados sobre el uso adecuado de narcóticos opioides y sobre las legalidades y lo correcto de usar altas dosis de narcóticos opioides según se requiera para paliar el sufrimiento. El médico debiera saber cómo remitir pacientes a la atención paliativa adecuada, cómo utilizar la atención para desahuciados basada en el hogar y en instituciones y estar consciente de las capacidades de atención paliativa de los asilos de ancianos a los que se remite a pacientes.

### **Toma de decisiones en momentos cercanos a la muerte**

Los adultos informados que cuentan con la capacidad de toma de decisiones casi siempre tienen el derecho legal y ético de rechazar cualquier tratamiento médico para mantener la vida que se les recomiende (35). El paciente tiene este derecho independientemente de si está desahuciado o irreversiblemente enfermo, de si tiene dependientes o de si está embarazada. El derecho del paciente se basa en el concepto filosófico del respeto por la autonomía, el derecho que otorga el derecho consuetudinario de autodeterminación y en el interés de la libertad del paciente en virtud de la Constitución de Estados Unidos (36).

Muchos pacientes, particularmente los que padecen de enfermedades terminales o irreversibles, deciden renunciar a ciertos tratamientos o valerse de tratamientos que sus médicos podrían considerar poco sensatos. Estas situaciones exigen la empatía, la exploración meditada de todas las posibilidades, la negociación o el compromiso y podrían exigir también ensayos de tiempo limitado y consultas adicionales.

En la circunstancia, poco usual, de que no haya evidencia que demuestre que el tratamiento específico que el paciente desea utilizar proporcionará algún beneficio desde alguna perspectiva, el médico no necesita proporcionar dicho tratamiento. Una circunstancia más común y mucho más difícil se presenta cuando el tratamiento ofrecerá un pequeño beneficio a costa de una gran carga de sufrimiento o costo financiero, pero en la cual el paciente o su familia no obstante lo desea. Se carece de soluciones fáciles o automáticas para los casos en que el médico y paciente no pueden convenir en la forma de proceder. La transferencia oportuna a otro proveedor de atención médica que esté dispuesto a llevar a cabo la

preferencia del paciente pudiera solucionar el problema. Podría ser útil consultar a un comité de ética. Infrecuentemente, podría ser necesario recurrir a los tribunales.

Los pacientes que carecen de la capacidad para tomar decisiones (consulte la sección sobre el consentimiento informado) tienen los mismos derechos en lo que respecta a las decisiones de tratamiento para mantener la vida que los que tienen los pacientes que gozan de sus facultades mentales. Los tratamientos deben conformarse a lo que el paciente hubiera deseado con base en las disposiciones médicas anticipadas escritas u orales. Si no se contara con dichas disposiciones, las decisiones en cuanto a la atención médica deben basarse en la mejor evidencia de lo que el paciente hubiera elegido (juicios sustitutos) o, en su defecto, en lo que más le convenga al paciente. Los médicos deben estar conscientes de que los protocolos hospitalarios y los requisitos legales estatales que afectan la atención para pacientes cercanos a la muerte varían.

### **Atención anticipada**

La planificación anticipada de la atención permite a la persona competente indicar sus preferencias de atención o designar un representante por si se presentara la situación en que el paciente no pudiera tomar las decisiones de atención médica. Permite que los valores y las circunstancias del paciente den forma al plan de atención y permite disponer arreglos específicos para garantizar la implementación del mismo.

Los médicos deben plantear rutinariamente la cuestión de la planificación anticipada de los cuidados médicos a los pacientes adultos competentes durante visitas ambulatorias y animarlos a que hablen sobre sus valores y preferencias con sus representantes y parientes cercanos. Estas pláticas permiten que el médico conozca las perspectivas del paciente, que actualice la historia clínica y que asegure a los pacientes que él está dispuesto a hablar sobre estos temas delicados y que respetará sus decisiones. El paciente y el médico deben negociar planes para asegurarse de que se implementen los deseos del paciente. Las pláticas sobre las preferencias del paciente deben documentarse en la historia clínica. La Ley de Autodeterminación de Pacientes de Estados Unidos de 1990 exige a los hospitales, asilos de ancianos, organizaciones para el mantenimiento de la salud y hospicios que participan en los programas de Medicare y Medicaid que pregunten si el paciente ha hecho disposiciones médicas anticipadas, que proporcionen información sobre éstas y que las incluyan en la historia clínica.

La planificación anticipada sucede en las conversaciones con el médico (con documentación en la historia clínica) o mediante disposiciones médicas anticipadas escritas, como lo es la voluntad de vivir o el poder notarial para la atención médica [\(37\)](#). Este último habilita al paciente a designar un representante que tomará decisiones si el paciente perdiera la capacidad de hacerlo. Al representante se le exige actuar de conformidad con las preferencias que el paciente haya expresado o con lo que más le convenga al paciente.

La voluntad de vivir permite a las personas describir el tipo de tratamiento que les gustaría recibir en caso de perder la capacidad de tomar decisiones. La incertidumbre sobre el cuadro clínico futuro complica la interpretación de la voluntad de vivir y enfatiza la necesidad de que médicos y pacientes hablen sobre las preferencias del paciente antes de que surja una crisis. Hablar sobre la atención médica futura es un método eficaz de planificación. Algunas leyes estatales limitan la aplicación de las disposiciones médicas anticipadas a las enfermedades terminales o establecen que las disposiciones médicas anticipadas no son pertinentes si, por ejemplo, la paciente estuviera embarazada. Muchos estados cuentan con documentos que combinan la voluntad de vivir y el poder notarial duradero para la atención médica en un solo documento. Algunos especifican requisitos de que existan testigos que suscriban el documento. El médico de atención primaria y otro personal clave de atención médica deben incluir una disposición médica anticipada escrita en la historia clínica del paciente.

En los casos en los que no hay disposiciones médicas anticipadas y los valores y preferencias del paciente se desconocen o no están claras, las decisiones deben basarse en lo que más le convenga al

paciente siempre que sea posible, según lo interprete un tutor legal o una persona que conozca al paciente y le tenga afecto. Cuando se toma la decisión de renunciar al tratamiento, muchas personas dan la mayor importancia a si el padecimiento o la dependencia en mecanismos de mantenimiento de la vida es reversible, a si se ha perdido la capacidad para interactuar socialmente o a la proximidad a la muerte. Los parientes cercanos y los profesionales de la salud deben evitar proyectar sus propios valores y opiniones sobre la calidad de vida hacia el paciente incapacitado. La calidad de vida debe evaluarse de acuerdo con la perspectiva del paciente.

## **Problemas asociados a los tratamientos para mantener la vida**

### ***Retirar o no suministrar el tratamiento***

Retirar el tratamiento o no suministrarlo son igualmente justificables, tanto ética como legalmente. Los tratamientos no deben dejar de suministrarse por el temor equivocado a que si se empezaran a ofrecer, no podrían retirarse. Esta práctica negaría a los pacientes terapias potencialmente benéficas. Se puede probar por un tiempo limitado una terapia a fin de aclarar el pronóstico del paciente. Al final del plazo, debiera celebrarse una sesión para revisar y modificar el plan de tratamiento. Algunos profesionales de la salud médico o los allegados del paciente podrían resistirse a retirar los tratamientos, incluso cuando creen que el paciente no hubiera deseado continuar recibéndolos. El médico debe prevenir o solucionar estas situaciones haciendo frente, junto con los allegados del paciente, al sentimiento de culpa, a los temores y a la preocupación de que el paciente pudiera sufrir cuando se le retire el soporte.

### ***Órdenes de no resucitar***

Para algunos pacientes, la intervención en el caso de un paro cardiorespiratorio no es lo apropiado, particularmente para los que padecen de enfermedades irreversibles terminales y cuya muerte se espera o es inminente. Debido a que la rapidez con que se presenta un paro cardiorespiratorio no permite la toma de decisiones con deliberación, las decisiones sobre la resucitación deben hacerse de antemano. Los médicos deben exhortar a que se hable sobre la resucitación especialmente a los pacientes que enfrentan enfermedades graves o a los que son de edad avanzada y a sus representantes.

A pesar de que una orden de no resucitar se aplica únicamente a la resucitación cardiorespiratoria, las pláticas sobre este tema a menudo arrojan una revisión de los objetivos más amplios y de los medios del plan de atención. Se debe informar cuidadosamente a todo el equipo de atención médica sobre la índole de estos cambios. En las órdenes o peticiones de que no se efectúe la resucitación cardiorespiratoria se debe especificar las estrategias de atención y deben estar escritas en la historia clínica junto con las notas y órdenes que describen todos los demás cambios en los objetivos o planes de tratamiento. Es esencial que los pacientes o sus representantes comprendan que una orden de no resucitar al paciente no significa que el mismo perderá el derecho a otras medidas que prolongan la vida, tanto terapéuticas como paliativas. Sin embargo, lo apropiado de una orden de no resucitar al paciente durante e inmediatamente después de cualquier procedimiento necesita negociarse individualmente. No es ético que el personal médico o de enfermería desempeñe esfuerzos desganados de resucitación ("códigos lentos").

En ocasiones, un paciente o representante insiste en que se ofrezca la resucitación, incluso cuando se le informa que es casi seguro que falle. Las creencias religiosas o de otro tipo de una familia o su necesidad de poner fin bajo esas circunstancias merecen especial atención. Aunque no es necesario que el médico realice un esfuerzo de resucitación que sea inconcebible que restaure la circulación y respiración, el médico debiera ayudar a la familia a entender y aceptar esta posición. La cuestión de si los médicos pueden unilateralmente escribir una orden de no resucitar al paciente cuando el mismo podría sobrevivir por un plazo muy breve en el hospital es más controvertida. Algunas instituciones, con advertencia de antemano a los pacientes y sus familias, permiten a los médicos escribir órdenes contra la resucitación por encima de las objeciones del paciente o de su familia. La empatía y exploración meditada de las opciones de atención con los pacientes o los representantes que toman las decisiones debe hacer que dichas dificultades sean poco comunes. Las pláticas exhaustivas sobre este asunto

debieran incluir las indicaciones para la resucitación cardiorespiratoria y los resultados de la misma, el impacto físico al paciente, las implicaciones para los que le atienden, las órdenes de no resucitar, los aspectos legales de dichas órdenes y el papel del médico como defensor del paciente. Los médicos que prescriban unilateralmente órdenes de no resucitar al paciente deben informar al mismo o a su representante.

### ***Determinación de la muerte***

El cese irreversible de todas las funciones del cerebro es un estándar legal aceptado para determinar la muerte cuando el uso de mecanismos de sustento de la vida excluye el uso de criterios cardiorespiratorios tradicionales. Después de que se ha declarado la muerte de un paciente mediante criterios de muerte encefálica, el soporte médico debe, habitualmente, suspenderse. En algunas circunstancias, como cuando hay la necesidad de conservar los órganos para el trasplante, de asesorar o dar cabida a las preferencias familiares o bien, de sustentar a un feto viable, los médicos pueden temporalmente continuar dando sustento a las funciones corporales después de que se haya determinado la muerte.

### ***Donación de órganos***

Existe la necesidad, cada vez más insatisfecha, de obtener órganos y tejidos. Los médicos deben participar en los esfuerzos de la comunidad de concientizar a los posibles donantes sobre su opción de hacer un obsequio que mejoraría la vida, salud o vista mediante la donación de un órgano o tejido. Los médicos deben obtener el consentimiento del paciente para la disposición y el uso de tejidos, órganos y otras partes corporales que se extirpan durante procedimientos diagnósticos u quirúrgicos. Todos los posibles donantes deben comunicar sus preferencias a su familia e incluirlas en documentos como la licencia de conducir o las tarjetas de donante de órganos.

Los médicos que atiendan a pacientes agónicos o con muerte encefálica que podrían ser donantes debieran preguntar si el paciente expresó alguna preferencia sobre la donación (38). La Ley federal y estatal y los organismos de acreditación de atención médica requieren que los hospitales cuenten con procedimientos que aseguren que las familias de posibles donantes hospitalizados se hagan conscientes sobre la opción de consentir a la donación de órganos. El tema de la donación de órganos a menudo se presenta en circunstancias muy difíciles y puede tener una importancia considerablemente simbólica para la familia. Los médicos debieran abordar a las familias con delicadeza y bondad.

Además, la obtención de órganos presenta preocupaciones éticas sobre la determinación de la muerte; estas preocupaciones se han atendido parcialmente por la legislación en que se define la muerte encefálica. También puede crear un conflicto, o la apariencia de uno, entre la atención de un posible donante y las necesidades de un posible receptor. La atención de un posible donante debe mantenerse separada de la del receptor. El médico del posible donante no debiera ser responsable de la atención del receptor ni participar en obtener los órganos o el tejido. Sin embargo, el médico del posible donante puede poner sobre aviso al equipo de obtención de órganos y tejido de la existencia del posible donante. Una vez que haya ocurrido la muerte encefálica y se haya autorizado la donación de órganos, el médico del donante debiera saber cómo mantener la viabilidad de los órganos y tejidos en colaboración con el equipo de obtención. Antes de la declaración de muerte encefálica, se pueden usar tratamientos propuestos para mantener la función de órganos trasplantables únicamente si no se espera que dañen al posible donante, ya sea al causar síntomas o poner en peligro las probabilidades de supervivencia.

### ***Pérdida irreversible del estado de conciencia***

Las personas que están en estado vegetativo persistente están inconscientes (39, 40) pero no se ha presentado la muerte encefálica. Debido a que su condición no es progresiva, estos pacientes no tienen una enfermedad terminal. No están conscientes de sus alrededores y carecen de la capacidad de responder con determinación a ellos. El pronóstico de estos pacientes varía según la causa subyacente. Algunos médicos y sociedades médicas consideran que cuando se confirma que el

paciente está en estado vegetativo persistente, no hay indicaciones médicas para el tratamiento que prolonga la vida ni el acceso a cuidados intensivos o al respirador (41). Concluyen que estos pacientes no pueden obtener ningunos beneficios ni sufrir ninguna molestia y que por lo tanto deben retirarse todas las intervenciones. Sin embargo, muchos pacientes o sus familias valoran la vida en sí independientemente del estado neurológico. Por estas razones, los objetivos de la atención deben guiar las decisiones sobre el tratamiento de prolongación de la vida que se ofrece a pacientes en estado vegetativo persistente de la misma forma que las guiarían si se tratara de otros pacientes que carecen de la capacidad de tomar decisiones.

### **Líquidos intravenosos y alimentación artificial**

La administración artificial de nutrición y líquidos es un tratamiento de prolongación de la vida. Como tal, está sujeto a los mismos principios que otros tratamientos en lo que concierne a las decisiones. En algunos sitios se requiere mucha evidencia antes de que las declaraciones previas o disposiciones médicas anticipadas puedan aceptarse como evidencia firme de que un paciente no hubiera deseado recibir estos tratamientos en el marco de enfermedad terminal, inconsciencia permanente o demencia avanzada. Por esto, los médicos deben asesorar a los pacientes para que establezcan disposiciones médicas anticipadas y completen estas porciones de la voluntad de vivir con especial atención. Clínicamente hay una preocupación infundada de que interrumpir el uso de tubos de alimentación ocasionará sufrimiento debido al hambre o sed, a pesar de que la investigación ha determinado lo contrario. Los médicos deben tratar este tema con delicadeza con la familia y los que han atendido al paciente.

### **El suicidio asistido por médicos y la eutanasia**

El debate acerca del suicidio asistido por médicos es muy importante para médicos y pacientes. Ambos grupos están a favor de facilitar el proceso de muerte, proporcionar el control adecuado del dolor y evitar el tratamiento excesivo no deseado y el sufrimiento prolongado. En ocasiones, tanto para los pacientes como para los médicos podría ser difícil distinguir entre la necesidad de asistir en el proceso de la muerte y la práctica de asistir al suicidio.

El suicidio asistido por médicos ocurre cuando un médico proporciona los medios médicos para ocasionar la muerte, generalmente una prescripción de una cantidad letal de medicamento que el paciente toma por sí solo. En la eutanasia, el médico directa e intencionalmente administra una sustancia para ocasionar la muerte. Los médicos y pacientes deben distinguir la decisión por parte de los pacientes o sus representantes autorizados de rechazar el tratamiento que sustenta la vida o la muerte inadvertida que ocurra durante un intento de aliviar el sufrimiento, del suicidio asistido por el médico y la eutanasia. Las leyes pertinentes u objeciones morales al suicidio asistido por médicos y la eutanasia no debieran disuadir a los médicos de cumplir con la decisión de retirar o no suministrar las intervenciones médicas en situaciones apropiadas. Los temores a que se imponga un tratamiento de sustento de la vida no deseado continúan motivando a algunos pacientes a solicitar el suicidio asistido o la eutanasia.

En el marco clínico, todos estos actos deben considerarse dentro del contexto más amplio de la atención adecuada en los momentos cercanos a la muerte. Muchos pacientes que solicitan el suicidio asistido están deprimidos, sufren de dolor descontrolado o de sufrimiento o temores potencialmente reversibles (42). En el marco de ofrecer comodidad a una persona agonizante, la mayoría de los médicos y pacientes debieran poder hablar sobre estos asuntos. Por ejemplo, en lo que concierne al control del dolor, el médico podría aumentar el medicamento adecuadamente para aliviar el dolor, incluso si esto inadvertidamente acortaría la vida (el "efecto doble").

El suicidio asistido por médicos podría legalizarse en algunos estados, aunque actualmente no existe un consenso entre pacientes o médicos (43) o dentro del College. Muchas personas temen que los médicos no están capacitados adecuadamente para llegar a una conclusión de ese tipo con los pacientes. Las preocupaciones se centran particularmente en poblaciones vulnerables: los pobres,

personas con enfermedades crónicas costosas, personas con demencia, los discapacitados y niños muy jóvenes. Los médicos y pacientes deben continuar buscando, conjuntamente, respuestas a estos problemas sin violar los valores personales y profesionales de los médicos y sin abandonar al paciente y dejarlo a solas en su lucha. Por ahora, el debate en cuanto a políticas continúa evolucionando rápidamente y los médicos deben esforzarse urgentemente para mejorar en gran medida la calidad de la atención en los momentos cercanos a la muerte [\(44\)](#).

## La ética del ejercicio de la medicina

### El entorno cambiante del ejercicio de la medicina

En el entorno del ejercicio de la medicina actual, muchos individuos, grupos e instituciones juegan un papel en la toma de decisiones médicas y se ven afectados por dichas decisiones. La tensión y competencia entre los intereses de los médicos, compañías de seguros, pacientes e instituciones por los recursos sociales y de la atención médica inevitablemente influyen la relación médico-paciente. Aunque esta sección del *Manual* se centra específicamente en las obligaciones de los médicos en este contexto tan cambiante, es esencial hacer notar que otros, como las compañías de seguros y las instituciones de atención médica, tienen la responsabilidad de garantizar que el compromiso ético fundamental entre médicos y pacientes no se socave. Los pacientes asegurados y sus familias debieran tratar de entender las posibles implicaciones de su seguro. La preocupación sobre el entorno cambiante del ejercicio profesional para los médicos y pacientes asegurados no debiera distraer nuestra atención de los problemas que enfrentan los que carecen de seguro.

Los médicos deben promover el bienestar de sus pacientes en un sistema de atención médica cada vez más complejo. Esto implica ayudar abiertamente a que los pacientes entiendan las recomendaciones clínicas y a que hagan elecciones informadas para seleccionar de entre todas las opciones de atención adecuadas. Esto incluye el manejo de los conflictos de intereses y compromisos múltiples que surgen en cualquier entorno de ejercicio profesional, especialmente en una era de inquietudes en cuanto a los costos. Asimismo, incluye la administración responsable de los recursos de atención médica de manera que los recursos finitos puedan satisfacer al mayor número posible de necesidades de atención médica, ya sea en consultorios médicos, hospitales, asilos de ancianos o atención domiciliaria.

La relación médico-paciente y los principios que la rigen debiera ser lo central en el suministro de atención. Estos principios incluyen la beneficencia, honestidad, confidencialidad, intimidad y defensa cuando los intereses de los pacientes pudieran verse amenazados por procedimientos institucionales arbitrarios, injustos o inadecuadamente individualizados. Sin embargo, la atención médica se da en un contexto más amplio que va más allá de la relación médico-paciente. Las preferencias o los intereses de un paciente podrían estar en oposición a los intereses o valores del médico, la institución o el que paga, de otros integrantes del plan de atención administrada que tienen el mismo derecho a los mismos recursos de atención médica o bien, de la sociedad.

El deber del médico es para con el paciente. Los médicos deben basar el consejo que dan a los pacientes en los intereses del paciente individual, sin importar el marco de seguro o suministro de atención médica en el que los médicos se encuentren. Ya sea que los incentivos financieros en el sistema de pago por servicio induzcan a los médicos a hacer más en lugar de menos o que los arreglos de la atención administrada los animen a hacer menos en lugar de más [\(45\)](#), los médicos no deben permitir que esas consideraciones afecten su juicio clínico o su consejo sobre las opciones de tratamiento, incluidas las remisiones, que dan al paciente. El papel profesional del médico es hacer recomendaciones con base en su mérito médico y buscar las opciones que sean afines a los antecedentes y las preferencias singulares del paciente [\(46\)](#).

Los médicos también deben contribuir a la administración responsable de los recursos de atención médica. La autoridad y discreción clínica viene acompañada de responsabilidad. La atención parsimoniosa que utiliza los medios más eficientes para diagnosticar un padecimiento y tratar a un paciente respeta la necesidad de usar los recursos prudentemente y ayuda a asegurar que los mismos



estén disponibles equitativamente. En las recomendaciones de los médicos a los pacientes, los diseños de los lineamientos y formularios de consultorios y las presentaciones ante juntas de revisión de beneficios médicos se debe reflejar la mejor información. Las recomendaciones deben, hasta donde sea posible, considerar la información sobre lo eficaz en cuanto a costos de los distintos abordajes clínicos. Cuando los pacientes pregunten, debe informárseles de la lógica que subyace a la recomendación del médico.

Los sistemas de seguro médico no están obligados a asegurar estrategias que los pacientes podrían valorar, pero que no puedan justificarse sobre bases clínicas o científicas teóricas o bien, que sean relativamente ineficaces en cuanto a costos comparadas con otras terapias para el mismo padecimiento o con otras terapias que el sistema de seguro médico ofrezca para otros padecimientos. Sin embargo, el plan debe contar con un procedimiento justo para las apelaciones. Cuando por cualquier razón se presenten desacuerdos entre el paciente y el médico, el médico tiene la obligación de explicarle el fundamento del desacuerdo, instruirlo y satisfacer sus necesidades de comodidad y tranquilidad.

El deber del médico, requiere además, que funja como agente del paciente en el terreno de la atención médica en general. En el contexto de la atención administrada, por ejemplo, la defensa puede hacerse en muchos niveles. En el plan individual, el médico defensor debe buscar las avenidas necesarias para obtener el tratamiento que sea esencial para la atención del paciente individual, independientemente de los obstáculos que pudieran desalentar al médico de hacerlo. Cuando los obstáculos disminuyen la atención para una clase de pacientes debido a que los mismos son menos capaces de autorepresentación, los médicos deben abogar en su representación para que se les dé tratamiento equitativo.

Los pacientes podrían no entender o temer los conflictos de intereses de los médicos y los múltiples compromisos que pueden surgir debido a la contención de costos de la atención administrada. Los sistemas de seguros médicos tienen el deber de fomentar un entorno ético en el ejercicio de la medicina. Deben hacer responsables a los médicos por la calidad de la atención y no simplemente por el desempeño económico. Los planes de atención administrada no debieran restringir la información o el consejo que los médicos ofrecen a sus pacientes.

Aunque el médico debe proporcionar información al paciente sobre toda la atención y las opciones de remisiones apropiadas, el plan médico debe dar a conocer toda la información relevante sobre los beneficios, incluidas las restricciones, y sobre los incentivos financieros que pudieran afectar negativamente el acceso de pacientes a la atención. [\(47\)](#).

Cuando los pacientes se inscriben en planes de seguro, reciben gran cantidad de información sobre las reglas que rigen los beneficios y el reembolso. Los pacientes debieran familiarizarse con esta información. Los médicos no pueden aconsejar a los pacientes sobre los detalles de los contratos y las disposiciones de seguros individuales y esto no debiera esperarse. Sin embargo, los pacientes debieran esperar que sus médicos cumplan con las reglas de la compañías de seguros a menos que el hacerlo amenazara la salud del paciente. Los médicos no debieran colaborar con los pacientes –ni participar en esfuerzos– para estafar a las compañías de seguros.

### **Disposiciones financieras**

Como profesionales dedicados a atender a los enfermos, todos los médicos debieran contribuir su parte justa a proporcionar servicios a personas sin seguro o con seguro ineficiente.

Las relaciones financieras entre los pacientes y médicos varían desde el pago por servicio hasta los arreglos contractuales gubernamentales y el seguro prepago. Los arreglos y las expectativas financieras debieran establecerse claramente de antemano. Los honorarios por los servicios de los médicos deben reflejar verazmente los servicios suministrados. Los médicos deben tener en cuenta que perdonar el pago compartido puede constituir fraude.

Cuando los médicos deciden ofrecer cortesía profesional a un colega, los médicos y los pacientes deben comportarse sin restricciones de tiempo o recursos y no deben usar atajos. Los colegas-pacientes que hagan preguntas en entornos informales sitúan al médico tratante en una posición desventajosa para proporcionar la mejor atención. Ambas partes deben evitar esta práctica inadecuada.

### **Conflictos de interés financieros**

El médico debe intentar garantizar que el nivel de atención médica óptima tenga primacía sobre las consideraciones financieras impuestas por su consulta, sus inversiones o sus arreglos financieros. Cuando hay la apariencia de impropiedad, la confianza en la profesión se socava.

Las posibles influencias sobre el juicio clínico cubren una amplia gama e incluyen incentivos financieros inherentes en el entorno de la consulta (como incentivos para la sobreutilización en el marco de pago por servicio o para la subutilización en el marco de la atención administrada) (48), obsequios de la industria farmacéutica y/o arreglos comerciales concernientes a las remisiones. Los médicos deben estar conscientes de todas las posibles influencias y sus acciones deben estar guiadas por la atención médica óptima y no por otros factores. El que un médico pague a otro por haberle remitido a un paciente, una práctica históricamente conocida como compartir honorarios, no es ético. Tampoco es ético que un médico reciba una comisión de cualquier persona, incluso de una compañía que fabrica o vende instrumentos o medicamentos médicos que se usan en la atención de sus pacientes. Los médicos no deben remitir pacientes a instalaciones ajenas, en las que tengan inversiones y en las que no suministran directamente la atención (49).

Sin embargo, los médicos pueden invertir o ser dueños de instalaciones de atención médica cuando se proporcione el financiamiento de capital y los servicios necesarios que de otra forma no estarían disponibles. En esas situaciones, además de dar a conocer estos intereses a los pacientes, deben establecerse salvaguardas contra el abuso, la impropiedad o la apariencia de impropiedad (49).

Los médicos pueden invertir en valores de comercialización pública. Sin embargo, debe tenerse cuidado de evitar las decisiones de inversión que puedan crear un conflicto de interés o la percepción de un conflicto de interés.

Se desalienta enérgicamente que un médico acepte obsequios individuales, de hospitalidad, viajes y/o subsidios de cualquier tipo de la industria químico-farmacéutica. Se ha documentado que aceptar incluso un pequeño obsequio afecta el juicio clínico y eleva la percepción (así como la realidad) de un conflicto de interés (50). Al seguir el lineamiento del *Royal College of Physicians*, "¿Estaría dispuesto a que todos conocieran esta situación?" (51), los médicos también debieran preguntarse, "¿Qué pensaría el público o mis pacientes acerca de esta situación?"

Los médicos deben evaluar críticamente la información médica proporcionada por personas encargadas de personal, anuncios o programas educativos patrocinados por la industria. Los médicos que tienen enlaces con una compañía en particular deben dar a conocer sus intereses al hablar o escribir sobre el producto de la compañía. La mayoría de los editores de revistas exigen que los autores y los revisores de colegas den a conocer todos los posibles conflictos de interés. Los editores deben carecer de conflictos de interés en relación con escritos específicos.

### **Publicidad**

No es ético que médicos o instituciones de atención médica usen la publicidad si en ella se incluyen declaraciones no fundamentadas, falsas o engañosas, incluidas las que engañen debido a que omiten información necesaria.

## **El médico y la sociedad**

La sociedad ha concedido prerrogativas profesionales a los médicos con la expectativa de que usarán su posición para beneficiar a los pacientes. A cambio, los médicos tienen responsabilidad y deben rendir cuentas ante la sociedad por sus acciones profesionales. La sociedad otorga a cada médico los derechos, privilegios y deberes pertinentes a la relación médico-paciente y tiene el derecho de exigir que los médicos sean competentes, que tengan conocimientos y que ejerzan con consideración del paciente como persona.

### **Obligaciones del médico hacia la sociedad**

Los médicos tienen obligaciones ante la sociedad que en muchas formas van en paralelo con sus obligaciones hacia los pacientes individuales. La conducta de los médicos como profesionales y como ciudadanos individuales debe ameritar el respeto de la comunidad.

Todos los médicos deben satisfacer la responsabilidad colectiva de la profesión de defender el bienestar y la salud del público. Los médicos deben proteger la salud pública reportando enfermedades, según lo exija la ley, ante la autoridad responsable. Deben apoyar las labores de salud pública que ofrezcan al público en general información veraz sobre la atención médica y comentar sobre temas médicos en sus áreas de pericia a fin de mantener al público adecuadamente informado. Los médicos deben considerar a la interacción con los medios de comunicación para ofrecer información veraz como una obligación ante la sociedad y una extensión de su ejercicio de la medicina, mas siempre deben tener presente la confidencialidad de los pacientes.

Los médicos deben ayudar a la comunidad a reconocer y lidiar con las causas sociales y medio ambientales de enfermedades. Deben trabajar para garantizar el acceso a la atención médica a todas las personas y ayudar a corregir deficiencias en la disponibilidad, el acceso y la calidad de servicios médicos en la comunidad.

### **Asignación de recursos**

La atención médica se suministra dentro de sistemas sociales e institucionales que deben tomar en cuenta los recursos como conjunto. Cada vez más, las decisiones sobre asignación de recursos retan al papel primario del médico como defensor de pacientes. Siempre han habido límites para este papel de defensor: por ejemplo, el médico no está obligado a mentir, debido a un paciente, a un tercero encargado del pago, ni tampoco a proporcionar todos los tratamientos independientemente de su eficacia (52). La asignación de recursos empuja todavía más estos límites obligando a los médicos a considerar lo que más les conviene a todos y a cada uno de los pacientes. La asignación justa de recursos y los métodos cambiantes de reembolso presentan al médico problemas éticos que no pueden ignorarse. Hay dos principios en que se está de acuerdo:

1. Cuando el médico desempeña su papel primario como defensor leal del paciente, tiene la responsabilidad de usar todos los recursos relacionados con la salud de forma apropiada técnicamente y eficaz. Debe planear las valoraciones integrales cuidadosamente y evitar las pruebas, los medicamentos, la cirugía y las consultas innecesarias.
2. Las decisiones de asignación de recursos se hacen más adecuadamente a nivel de política en lugar de totalmente en el contexto del encuentro individual entre médico y paciente.

Los médicos deben participar en decisiones a nivel de política; deben enfatizar el valor de la salud para la sociedad; y debieran basar las asignaciones en la necesidad médica, eficacia en cuanto a costo de los tratamientos y distribución adecuada de los beneficios y las cargas en la sociedad.

### **Relación del médico con el gobierno**

Los médicos no deben participar en la tortura y otros abusos de los derechos humanos y deben hablar contra ellos. La participación de médicos en la ejecución de prisioneros, excepto para certificar la muerte, no es ética. No es ético, bajo ninguna circunstancia, que se use a un médico como instrumento

del gobierno para debilitar la resistencia física o mental de un ser humano, y un médico tampoco debe participar ni tolerar castigo cruel o inusual o actividades disciplinarias más allá de las que permiten las Reglas Mínimas Estándares de las Naciones Unidas para el Tratamiento de Prisioneros [\(53\)](#).

### **Comités y consultores de ética**

Los comités y consultores de ética contribuyen a alcanzar los objetivos de la atención de pacientes facilitando la resolución de conflictos en una atmósfera respetuosa mediante un proceso de toma de decisiones justo y de inclusión, ayudando a las instituciones a dar forma a las políticas y prácticas que se conforman con los estándares éticos más elevados y ayudando a los individuos a tratar problemas éticos actuales y futuros mediante el suministro de educación en la ética de atención médica [\(54, 55\)](#). Aunque en general se reconoce que ni los comités ni los consultores de ética deben tener autoridad para tomar decisiones, pueden asesorar a los médicos, pacientes y parientes sobre los asuntos éticos.

### **La medicina y la ley**

Los médicos deben recordar que la presencia de enfermedades no disminuye el derecho o la expectativa de ser tratados equitativamente. Dicho de otra forma, la enfermedad por sí misma no cambia los derechos legales del paciente ni permite que un médico ignore esos derechos legales.

La ley es el mecanismo que la sociedad utiliza para establecer límites de conducta. La sociedad tiene derecho de esperar que no se ignoren esos límites. En casos de conflicto, el médico debe decidir si debe violar la ley por el bien de lo que considera son los mandatos de la ética médica. Dicha violación puede poner en peligro la posición legal del médico o los derechos legales del paciente. Deben recordarse que los conceptos éticos no siempre se reflejan totalmente en la ley ni son adoptados por la misma. Infringir la ley a fin de cumplir con los estándares éticos personales podría tener consecuencias significativas para el médico y debe hacerse únicamente después de haberlo pensado a fondo, generalmente, después de haber obtenido asesoría legal.

### **Peritos**

Los médicos tienen conocimientos y pericia especializados que podrían hacerse necesarios en procesos judiciales o administrativos. A menudo el testimonio de peritos es necesario para que una entidad administrativa o el tribunal entienda el estado, el tratamiento y el pronóstico del paciente. Los médicos podrían sentirse reacios a participar en actuaciones jurídicas debido a que desconocen el proceso y éste toma mucho tiempo. Sin embargo, su ausencia podría significar que las decisiones jurídicas se hagan sin el beneficio de todos los hechos y opiniones médicas. Sin la participación de los médicos, los mecanismos que se utilizan para solucionar un gran número de disputas pueden resultar ineficaces y los pacientes podrían sufrir.

Aunque no se puede obligar a los médicos a que participen como peritos, la profesión en conjunto tiene el deber ético de ayudar a pacientes y a la sociedad a solucionar disputas [\(56\)](#). En este papel, los médicos deben ofrecer una interpretación y representación honesta y objetiva de los hechos médicos. Los médicos sólo deben aceptar remuneración no condicional por su tiempo y los costos que hayan incurrido como peritos.

### **Huelgas de médicos**

Los médicos no deben participar en una huelga que afecte adversamente el acceso a la atención médica. En general, los médicos deben individual y colectivamente encontrar alternativas a las huelgas como forma de tratar problemas laborales.

### **La relación del médico con otros clínicos**

Los médicos comparten el compromiso de atender a las personas enfermas con un equipo cada vez más amplio de clínicos. La capacidad del equipo para atender eficazmente al paciente depende de la capacidad de los individuos para tratarse entre sí con integridad, honestidad y respeto en sus

interacciones profesionales diarias independientemente de raza, religión, etnicidad, nacionalidad, sexo, orientación sexual, edad o discapacidad (57). Se justifica prestar particular atención a lo que concierne a ciertos tipos de relaciones y desequilibrios de poder en las que una persona podría abusar de otra persona o aprovecharse de ella o bien, que conlleve al acoso, como las que existen entre médico tratante y residente, instructor y estudiante de medicina o médico y enfermero (58).

### **Médicos tratantes y médicos pasantes**

El título de doctor en sí, del latín docere, "docencia", implica que los médicos tienen la responsabilidad de compartir el conocimiento y la información con sus colegas y pacientes. Esto incluye enseñar las habilidades clínicas y reportar los resultados de la investigación científica a los colegas, estudiantes médicos, residentes médicos y otros proveedores de atención médica.

El médico tiene la responsabilidad de enseñar la ciencia, el arte y la ética de la medicina a estudiantes de medicina, médicos residentes y otros, así como de supervisar a médicos pasantes. Los médicos tratantes deben tratar a los pasantes con el mismo respeto y compasión que ofrecen a otros colegas. En el entorno docente, se puede delegar autoridad graduada de la administración de pacientes a los residentes, bajo la supervisión adecuada. Todos los pasantes debieran informar a los pacientes que atienden su condición de capacitación y su papel en el equipo médico. Los médicos tratantes, jefes de servicio o consultores debieran animar a los residentes a que reconozcan sus limitaciones y a que pidan ayuda o supervisión cuando surjan preocupaciones sobre la atención de pacientes o la capacidad de otros de desempeñar sus deberes.

No es ético delegar la autoridad de atención de pacientes a nadie, incluido otro médico, que no esté adecuadamente calificado y experimentado. En el servicio de la enseñanza, el médico tratante oficial del paciente sigue teniendo la responsabilidad final por el bienestar del paciente y la calidad de la atención.

### **La consulta**

En casi todas las circunstancias, a los pacientes se les debe animar para que inicialmente traten de obtener la atención de su médico. A su vez, los médicos deben obtener consulta competente siempre que ellos y sus pacientes sientan la necesidad de obtener asistencia en cuanto la atención (59). El nivel de consulta necesario debe establecerse primero: una opinión de una visita, atención conjunta continua o el traslado total de la autoridad al consultor. Los pacientes tienen la opción de obtener una consulta independiente de otro médico, pero son responsables financieramente de su decisión.

El consultor debe respetar la relación entre el paciente y el médico principal, debe comunicar sus recomendaciones oportuna y eficazmente a los médicos principales y debe obtener la coincidencia del médico principal para los procedimientos importantes o consultores adicionales. La atención del paciente y los registros adecuados deben transferirse de regreso al médico principal al terminar la consulta, a menos que se convenga en otras disposiciones.

Los consultores que necesiten estar a cargo temporalmente de la atención del paciente deben obtener la colaboración y consentimiento del médico principal. El médico que no esté de acuerdo con las recomendaciones del consultor está en libertad de llamar a otro consultor. Los intereses del paciente debieran continuar siendo de primordial importancia en este proceso.

Las situaciones clínicas complejas pueden necesitar consultas múltiples. Para garantizar un esfuerzo coordinado que sea lo que más le conviene al paciente, el médico principal debiera permanecer a cargo de la atención en general, comunicándose con el paciente y coordinando la atención con base en la información obtenida de las consultas. A menos que la autoridad se haya transferido formalmente a otro lugar, el médico principal continúa siendo responsable por la atención del paciente.

## **El médico con facultades menoscabadas**

Los médicos que por cualquier razón tengan menoscabadas sus facultades deben abstenerse de asumir responsabilidades de pacientes que no puedan cumplir con seguridad y eficacia. Siempre que haya duda, deben obtener asistencia para atender a sus pacientes.

Cada médico es responsable de proteger a los pacientes de un médico con facultades menoscabadas y de ayudar a un colega en este estado. El temor de equivocarse, la vergüenza o la posibilidad de litigio no debe disuadir ni aplazar la identificación de un colega con facultades menoscabadas [\(60\)](#). El médico que haga la identificación podría encontrar que es útil hablar sobre el asunto con el jefe del departamento o un integrante de alto rango del personal o la comunidad.

El menoscabo podría ser consecuencia del fármaco-dependencia (alcohol u otras sustancias) o de trastornos psiquiátricos, fisiológicos o conductuales. También podría presentarse debido a enfermedades que afectan las habilidades cognitivas o motoras necesarias para proporcionar una atención adecuada. La presencia de estos trastornos o el hecho de que un médico esté recibiendo el tratamiento correspondiente no necesariamente implica que sufre de menoscabo.

Aunque la responsabilidad legal de hacerlo varía según el estado, claramente se tiene la responsabilidad ética de reportar ante la autoridad apropiada (como el jefe de servicio, jefe de personal, comité institucional, junta médica estatal o entidad reglamentaria) a un médico que parezca tener menoscabadas sus facultades. Los médicos debieran ayudar a los colegas que tengan las facultades menoscabadas a identificar fuentes adecuadas de ayuda. Mientras se somete a la terapia, el médico en esta condición tiene derecho a la confidencialidad total, al igual que lo tuviera cualquier otra relación médico-paciente. Para proteger a los pacientes del médico con facultades menoscabadas, una persona que no sea el médico del médico en cuestión debe monitorizar su aptitud para trabajar. Podrían presentarse graves conflictos si el médico tratante trata de desempeñar ambos papeles.

## **Revisión por colegas**

No es ético que un médico menosprecie la competencia profesional, el conocimiento, las calificaciones o los servicios de otro médico ante un paciente o un tercero o que declare o insinúe que un paciente ha recibido administración deficiente o malos tratos por parte de un colega sin evidencia sustancial, especialmente cuando esa conducta se use para adquirir pacientes.

De igual importancia, el médico está éticamente obligado a reportar el fraude, la mala conducta profesional, la incompetencia o el abandono de pacientes por parte de otro médico. La revisión profesional por colegas es esencial para garantizar una evaluación justa del desempeño de un médico para el beneficio de los pacientes. La confianza que los pacientes y el público confieren en los médicos requiere que se den a conocer ante las autoridades apropiadas y los pacientes que corran riesgo de daños inmediatos.

Todos los médicos tienen el deber de participar en la revisión por colegas. Los temores de sufrir represalias, ostracismo por colegas, pérdida de remisiones o inconveniencia no son razones adecuadas para rehusarse a participar en la revisión por colegas. La sociedad espera que los médicos establezcan estándares profesionales del ejercicio profesional y esta obligación sólo puede cumplirse cuando todos los médicos participan en el proceso. La ley federal y la mayoría de los estados ofrecen protección legal a los médicos que participan de buena fe en revisiones de colegas.

Por el contrario, de no haber evidencia sustancial de mala conducta profesional, negligencia o incompetencia, no es ético usar el proceso de revisión por colegas para excluir a otro médico del ejercicio de la medicina, para restringir privilegios clínicos o para de otra forma dañar el ejercicio profesional de ese médico.

## **Conflictos entre los integrantes de un equipo de atención médica**

Todos los profesionales del campo de la salud comparten el compromiso de trabajar juntos para atender los intereses de los pacientes. La mejor atención de pacientes es a menudo una que se suministra en equipo y que se rige por el respeto mutuo, la colaboración y la comunicación. Cada integrante del equipo de atención del paciente tiene la misma condición moral. Cuando un profesional del campo de la salud tiene objeciones éticas importantes ante una orden del médico tratante, ambos debieran hablar a fondo sobre el asunto. Los hospitales debieran contar con mecanismos para solucionar las diferencias de opinión entre los integrantes del equipo de atención del paciente.

## **La investigación**

El progreso médico y la atención mejorada de pacientes dependen de la investigación innovadora y vigorosa. El principio básico de la investigación es la honestidad, misma que debe garantizarse mediante protocolos institucionales. El fraude en la investigación debe condenarse y castigarse. La honestidad e integridad deben regir todas las etapas de la investigación, desde la solicitud inicial para la subvención hasta la publicación de los resultados. Los revisores de las solicitudes de subvenciones y artículos de revistas deben respetar la confidencialidad de ideas e información nuevas; no deben usar lo que aprendan del proceso de revisión para sus propios fines y no deben representar falsamente las ideas de otros como si fuesen suyas.

Los científicos tienen la responsabilidad de recopilar datos meticulosamente; de mantener registros impecables del trabajo realizado; de interpretar resultados objetivamente y no forzarlos a moldes o modelos preconcebidos; de presentar su trabajo a la revisión por colegas; y de reportar el conocimiento nuevo. El engrandecimiento de sí mismo, el elogio público, el reconocimiento por colegas o la ganancia financiera nunca deben ser las motivaciones primarias de la investigación científica [\(61\)](#).

## **Investigación clínica**

La profesión médica debe asumir la responsabilidad de garantizar que la investigación tenga un valor potencial considerable y que se efectúe éticamente. Los beneficios y riesgos de la investigación deben distribuirse imparcialmente y se debe tener especial precaución para evitar la explotación de poblaciones vulnerables. Los participantes en la investigación deben instruirse sobre la índole de la misma; el consentimiento del participante en la investigación o de su representante autorizado [\(62\)](#) debe ser verdaderamente informado y otorgado libremente; la investigación debe planearse cuidadosamente de manera que tenga una alta probabilidad de arrojar resultados útiles; se deben minimizar los riesgos que correrán los pacientes; y la relación entre beneficio y riesgo debe ser lo suficientemente alta como para justificar el esfuerzo de la investigación.

A cada institución que recibe apoyo federal para la investigación en humanos se le exige que establezca una junta de revisión institucional. Toda la investigación clínica que se proponga, independientemente de la fuente de apoyo, debe someterse a una revisión del comité local de revisión institucional para su autorización a fin de garantizar que los planes de investigación sean razonables y que los participantes en la investigación estén adecuadamente protegidos.

Aunque este sistema formal de revisión está diseñado para proteger a los participantes en la investigación, la premisa sobre la cual se basa toda la investigación ética es la confianza y el respeto mutuos entre los participantes en el estudio y los investigadores. Esta premisa exige que los médicos-investigadores que participen en el diseño o la implementación de la investigación se interesen principalmente en los posibles participantes en estas investigaciones.

Aunque la responsabilidad de garantizar que los participantes en la investigación humana estén amparados por una protección razonable recae en los investigadores y la junta local de revisión institucional, la profesión médica en conjunto también tiene responsabilidades. La investigación clínica está llena de oportunidades donde podrían surgir conflictos.

Los médicos debieran evitar situaciones en las que se les recompense por resultados específicos. Los médicos-investigadores podrían encontrarse en papeles dobles en lo que respecta a sus pacientes que también son participantes en la investigación. La salud y el bienestar del paciente siempre deben ser la consideración primaria del médico. Los médicos que remiten a pacientes a que participen en protocolos de investigación deben estar seguros de que el programa sigue lineamientos éticos establecidos, dispone lo necesario para el consentimiento informado realista, ofrece garantías razonables de seguridad y tiene una relación aceptable entre beneficios y riesgos. Si los riesgos de la investigación aumentan demasiado o si continuar participando no puede justificarse, el médico debe estar dispuesto a aconsejar al paciente que se retire. Los médicos oficiales no debieran abdicar la responsabilidad global de sus pacientes a quienes hayan remitido a un proyecto de investigación. Es contrario a la ética, por el conflicto de interés que ocasiona, dar una comisión a los médicos individuales por remitir pacientes a un proyecto de investigación [\(63\)](#).

La investigación sobre el suministro de servicios médicos presenta asuntos relacionados con la protección de los participantes a los que todavía no se ha examinado adecuadamente. Los investigadores, médicos y pacientes debieran equilibrar cuidadosamente los méritos de la innovación y los medios disponibles de monitorizar y proteger a los participantes en la investigación.

### **Terapias médicas innovadoras**

El uso de terapias médicas innovadoras se encuentra entre el ejercicio establecido de la profesión y la investigación. Las terapias innovadoras incluyen el uso de dosis no convencionales de medicamentos estándar, aplicaciones jamás tratadas de procedimientos conocidos y el uso de fármacos aprobados para usos no aprobados. El propósito primario de las terapias médicas innovadoras es beneficiar al paciente individual. Los médicos confrontarán asuntos éticos del ejercicio innovador de la medicina con más frecuencia que los problemas éticos de la investigación médica. Los avances médicos importantes han emergido de innovaciones exitosas, pero la innovación siempre debiera abordarse cuidadosamente. La terapia médica debiera tratarse como investigación siempre que se recopile información para desarrollar información médica nueva y para su publicación. Cuando una terapia innovadora no tiene precedente, se hace necesaria la consulta con colegas, el comité de revisión institucional u otro grupo de expertos a fin de evaluar los riesgos de la innovación, los resultados probables de no usar una terapia estándar y determinar si la innovación es lo que mejor conviene al paciente [\(64\)](#). El consentimiento informado es particularmente importante; los pacientes deben entender que la terapia no es el tratamiento estándar [\(65\)](#).

### **Publicación científica**

Los autores de reportes de investigación deben estar lo suficientemente familiarizados con el trabajo que se está reportando como para poder tomar responsabilidad pública por la integridad del estudio y la validez de los hallazgos y deben haber contribuido considerablemente a la investigación en sí. Las fuentes de financiamiento para el proyecto de investigación deben darse a conocer a los posibles colaboradores y deben incluirse en el manuscrito para la publicación (ver la sección sobre conflicto de intereses).

Los científicos trabajan sobre el trabajo publicado de otros investigadores y pueden proceder con confianza únicamente si es posible asumir que los hechos reportados anteriormente sobre los cuales su trabajo estará basado se han reportado verazmente. Todos los científicos tienen la responsabilidad profesional de ser honestos en sus publicaciones. Deben describir los métodos con veracidad y con detalle suficiente, reportar únicamente las observaciones que en realidad se hicieron, aclarar en el manuscrito cuál información se deriva del trabajo del autor y cuál proviene de otros (y en donde se publicó), asegurar a los lectores que la investigación se realizó de conformidad con los principios éticos y asignar la autoría únicamente a las personas que la merezcan y acepten [\(66\)](#).

El plagio es contrario a la ética. Incorporar palabras de otros o las propias de obras ya publicadas, ya sea literalmente o en paráfrasis sin la debida atribución no es ético y puede tener consecuencias legales.



## **Anuncio público de los hallazgos de la investigación**

En esta era de comunicaciones rápidas e intenso interés en las noticias médicas por parte de los medios masivos y el público, es común que los investigadores clínicos o sus instituciones convoquen a ruedas de prensa y hagan anuncios públicos de los desarrollos nuevos en la investigación. Aunque es deseable que los medios masivos obtengan información precisa sobre los desarrollos científicos, los investigadores debieran abordar las declaraciones públicas cuidadosamente y usar lenguaje que no invite a la mala interpretación o a la extrapolación injustificada.

En general, los comunicados de prensa debieran emitirse y las ruedas de prensa celebrarse únicamente después de que la investigación se hubiera publicado en una revista de alto nivel que tenga como política editorial la revisión de los manuscritos por colegas o presentado en un resumen adecuado y completo de manera que los detalles del estudio estén disponibles a la comunidad científica. Las declaraciones de los científicos adquieren gran visibilidad. Un anuncio de resultados preliminares, incluso cuando se exprese en los términos más prudentes, frecuentemente se reporta por los medios masivos como si fuese un "adelanto importantísimo". Se debe tener cuidado de evitar elevar falsamente las expectativas del público y avergonzar a los científicos que participaron en la investigación, pues ambas situaciones reducen la credibilidad de la comunidad científica en conjunto.

## **Conclusión**

Esperamos que este *Manual* ayude a los médicos, independientemente de si son clínicos, educadores o científicos de investigación, a encarar algunos de los difíciles dilemas éticos que confrontan a diario. El *Manual* se redactó para médicos por una organización de médicos en un intento de encontrar el buen camino por un terreno difícil. Nuestro propósito fundamental es mejorar la calidad de atención que se proporciona a los pacientes y de dar una explicación de la conducta del médico virtuoso en quien los pacientes y el público puedan justificadamente depositar su confianza.

## **Apéndice: Un método de casos para asistir en la toma de decisiones de ética clínica**

1. *Defina el problema ético en términos de una pregunta del tipo "debería" o "debiera".*
2. Ejemplo: "¿Debiéramos abstenernos de suministrar los servicios del respirador a este hombre adulto inconsciente que padece de SIDA, como su compañero lo solicita, o suministrarlos, como sus padres lo solicitan?"

No: "Este hombre con SIDA representa un problema ético."

No: "¿Es mejor para los pacientes con enfermedades terminales morir sin o con un respirador?"

3. *Elabore una lista de hechos e incertidumbres significativas que son pertinentes a la pregunta.* Incluya los hechos sobre el paciente y las personas que han cuidado de él (como intimidad, condición emocional, antecedentes étnicos y culturales, tradiciones de fe y situación legal).
4. Ejemplo: "Este hombre y su compañero han vivido juntos por 10 años y compraron una casa juntos. El compañero ha sido el que ha cuidado del paciente durante su enfermedad. Los padres del paciente no aceptaron su estilo de vida y orientación y han estado distantes de él."

*Incluya los hechos fisiológicos.*

Ejemplo: "El paciente ha perdido el estado de alerta irreversiblemente y carece de capacidad de tomar decisiones; por ende, ahora no puede consultársele sobre quién debe representarle en cuestión de sus preferencias de tratamiento."

*Incluya las incertidumbres médicas significativas (como el pronóstico y los resultados con o sin el tratamiento).*

Ejemplo: "Pueden administrarse antibióticos para la infección pulmonar actual, pero no sabemos si el paciente se pueda sobreponer a abandonar el uso del respirador dado lo avanzado de la enfermedad. Parece que hay más probabilidades de que con el tiempo pueda abandonar el uso del respirador que de que no lo pueda hacer. El paciente tiene una esperanza de vida aproximada de 3 a 9 meses, pero podría ser mucho más corta o un poco más larga."

*Incluya los beneficios y daños de las opciones de tratamiento.*

Ejemplo: "El respirador prolongará la vida, pero es un tratamiento oneroso e invasivo y recluye al paciente a un entorno altamente medicalizado."

5. *Identifique a la persona que tomará las decisiones.* Si el paciente fuera competente, el que tomaría las decisiones sería él mismo. Si el paciente es incompetente o carece de la capacidad de tomar decisiones, identifique a un representante que tomará las decisiones según lo especifique la designación de los tribunales, la ley estatal, un poder notarial para la atención médica, el documento de voluntad de vivir o las personas que estén mejor situadas, en virtud de su familiaridad íntima y afectuosa con el paciente.
6. Ejemplo: "Este es un adulto de 32 años de edad que no ha vivido con sus padres por 14 años y que ha tenido únicamente un contacto ocasional con ellos, principalmente durante las festividades. No tiene una voluntad de vida ni un poder notarial duradero, pero a medida que su enfermedad fue avanzando, a menudo le comunicó a su compañero sus preferencias en cuanto a la atención médica. Su compañero acompañó al paciente a la clínica y lo atendió a medida que su debilidad aumentó."
7. *Proporcione información comprensible, pertinente y deseable a la persona que tomará las decisiones y disipe los mitos y las ideas falsas.*
8. Ejemplo: "El respirador y los antibióticos prolongarán la vida y podrían permitir que se le tratara la infección pulmonar, pero no dan marcha atrás a la gravedad subyacente del padecimiento. No existen tratamientos en este momento que puedan afectar el padecimiento subyacente de este paciente. Si se inicia el uso del respirador, puede interrumpirse si el paciente no responde al tratamiento. Si no se hace uso del respirador, se pueden administrar medicamentos para garantizar que el paciente esté cómodo incluso si sus pulmones fallaran."
9. *Pregunte cuáles son los valores del paciente que son pertinentes a la pregunta.* Éstos incluyen los valores del paciente acerca de la vida; la ubicación en el ciclo de la vida; la relación con la comunidad, la atención médica y las instituciones de atención médica; los objetivos de la atención médica (por ejemplo, paliativos, el mejoramiento de las funciones o el aumento de la independencia, la prolongación de la vida o bien, paliativos sin prolongación de la vida) y las condiciones que harían cambiar a los objetivos; y preferencias específicas sobre la atención médica o los apoderados que tomarán las decisiones pertinentes a esta situación.
10. Ejemplo: "Este paciente declaró muchas veces a su compañero que en este momento desearía atención paliativa exclusivamente y declinaría específicamente más terapias contra el VIH, como aparece en la historia clínica. Declaró que no deseaba tratamientos que prolongaran la vida de ningún tipo si no pudiera comunicarse con su compañero, lo cual su estado de inconsciencia actual le impide hacer."
11. *Identifique los valores de los profesionales de salud.* Los valores incluyen objetivos de promoción de la salud (como prolongar la vida, aliviar el dolor, promover la salud, curar enfermedades, rehabilitar una lesión, prevenir daño, proporcionar comodidad, habilitar a los pacientes para que tomen decisiones y defender al paciente). Los valores que estén relacionados con la comunicación médico-paciente (veracidad, confidencialidad, no discriminación, requisito del consentimiento informado y tolerancia de la diversidad de valores) también se incluyen, así como algunos valores que van más allá de la relación médico-paciente (como protección de terceros, promoción de la salud pública y respeto de la ley).

12. Ejemplo: "A pesar de que el médico puede sentir que el respirador es lo indicado para esta persona con insuficiencia respiratoria, este paciente ha expresado objetivos diferentes para su atención médica. El médico está obligado a respetar la diversidad de valores y el requisito del consentimiento informado y a respetar los objetivos y las preferencias del paciente."
13. *Proponga y critique soluciones, incluidas opciones múltiples de tratamientos y alternativas en cuanto a proveedores.*
14. Ejemplo: "El médico podría proporcionar atención paliativa a una persona que está bajo terapia de respiración que decida no hacer uso del respirador o buscar una transferencia rápida del paciente a alguien que pueda proporcionar dicha atención (el segundo plan de acción trastornaría la relación entre este médico y el paciente). El médico, para proteger los intereses y valores de este paciente, no puede hablar en representación propia, sino que debe fungir como el defensor del paciente ante los padres del paciente."
15. *Identifique y retire o enfrente las limitaciones de las soluciones (como reembolso, indisponibilidad de servicios, leyes o mitos legales).*

Ejemplo: "Los padres, en este caso, afirmaron que el doctor tenía que obedecerles porque ellos eran sus parientes. Al comprobar con el abogado del hospital quedó demostrado que en este estado, esa afirmación era incorrecta."

El *Manual* y un libro de estudios por casos en ética están disponibles de la *American College of Physicians*. La información para hacer pedidos puede obtenerse de la *American College of Physicians*, Subscriber Services (Servicios de suscriptores), Independence Mall West, Sixth Street at Race, Philadelphia, PA 19106-1572; teléfono 800-523-1546, extensión 2600 ó 215-351-2600.

Reconocimientos: American College of Physicians y su Comité de Ética y Derechos Humanos son los únicos responsables por el contenido del *Manual*. Ambos agradecen a ex integrantes del Comité que contribuyeron a la elaboración de este *Manual* mediante revisiones de borradores: Elias Abrutyn, MD; Samuel Asper, MD; Jeremiah A. Barondess, MD; Michael Bernstein, MD; Stuart Bondurant, MD; John F. Burnum, MD; Christine K. Cassel, MD; Errol D. Crook, MD; Harriet P. Dustan, MD; Saul J. Farber, MD; Daniel Federman, MD; Arthur Feinberg, MD; Norton J. Greenberger, MD; Eugene A. Hildreth, MD; Edwin P. Maynard, MD; John A. Mitas II, MC USN; Robert H. Moser, MD; Warren Point, MD; William A. Reynolds, MD; Lawrence Scherr, MD; Gerald E. Thomson, MD; Susan W. Tolle, MD; Richard W. Vilter, MD; y Ralph Wallerstein, MD.

También agradecen a los revisores del *Manual*: George Annas, JD, MPH; David Asch, MD; Stuart B. Baker, MD; William G. Baker Jr., MD; Helen Blumen, MD; James L. Borland Jr., MD; Dan W. Brock, PhD; James A. Bryan II, MD; Panagiota V. Caralis, MD; Clifton R. Cleaveland, MD; Linda Hawes Clever, MD; John A. Ellerton, MD; Robert L. Fine, MD; Joseph J. Fins, MD; John Fletcher, PhD; Howard K. Gogel, MD; Susan D. Goold, MD; Michael Grossman, MD; John M. Harris Jr., MD; Ida Hellander, MD; John J. Hoelsing, MD; Charles L. Junkerman, MD; Mahendr S. Kochar, MD; Jonathan Moreno, PhD; Haavi Morreim, PhD; John Noble, MD; Robert Potter, MD; Timothy E. Quill, MD; Harold C. Sox Jr., MD; Brian L. Strom, MD; Steven B. Tucker, MD; Peter Ubel, MD; Robert Veatch, PhD; Sara E. Walker, MD; James R. Webster, MD; Stuart J. Youngner, MD; y Rowen K. Zetterman, MD.

Y se agradece al Dr. Clicerio González-Villalpando por toda su asistencia en la traducción del *Manual de Ética* al español.

Solicitudes de copias: Lois Snyder, JD, American College of Physicians-American Society of Internal Medicine, 190 N. Independence Mall West, Philadelphia, PA 19106, USA.

## Referencias

1. Peabody FW. *The care of the patient*. JAMA. 1927;88:877-82.

**2. Dunn PM, Gallagher TH, Hodges MO, Prendergast, TJ, Rubenfeld GD, Tolle SW.** *Medical ethics: an annotated bibliography.* Ann Intern Med. 1994;121:627-32.

**3. American College of Physicians Ethics Manual. Part 1: History; the patient; other physicians.** American College of Physicians. Ann Intern Med. 1989;111:245-52.

**4. American College of Physicians Ethics Manual. Part 2: The physician and society; research; life-sustaining treatment; other issues.** American College of Physicians. Ann Intern Med. 1989;111:327-35.

**5. Jonsen AR.** *The New Medicine and the Old Ethics.* Cambridge, MA: Harvard Univ Pr; 1990.

**6. Reiser SJ, Dyck AJ, Curran WJ.** *Ethics in Medicine: Historical Perspectives and Contemporary Concerns.* Cambridge, MA: MIT Pr; 1977.

**7. Rothman DJ.** *Strangers at the Bedside: A History of How Law and Bioethics Transformed Medical Decision Making.* New York: Basic Books; 1991.

**8. Veatch RM.** *A Theory of Medical Ethics.* New York: Basic Books; 1981.

**9. Beauchamp TL, Childress JF.** *Principles of Biomedical Ethics.* Cuarta edición. Nueva York: Oxford Univ Pr; 1994.

**10.** Comisión Presidencial Estadounidense para el Estudio de Problemas Éticos en Medicina y la Investigación Biomédica y Conductual. *Making Health Care Decisions: A Report on the Ethical and Legal Implications of Informed Consent in the Patient-Practitioner Relationship.* Washington, DC: Comisión Presidencial Estadounidense para el Estudio de Problemas Éticos en Medicina y la Investigación Biomédica y Conductual; 1982.

**11. Katz J.** *The Silent World of Doctor and Patient.* Nueva York: Free Pr; 1997.

**12.** Comisión Presidencial Estadounidense para el Estudio de Problemas Éticos en Medicina y la Investigación Biomédica y Conductual. *Securing Access to Health Care: A Report on the Ethical Implications of Differences in the Availability of Health Services.* Washington, DC: Comisión Presidencial Estadounidense para el Estudio de Problemas Éticos en Medicina y la Investigación Biomédica y Conductual; 1983.

**13.** Comisión Presidencial Estadounidense para el Estudio de Problemas Éticos en Medicina y la Investigación Biomédica y Conductual. *Screening and Counseling for Genetic Conditions: A Report on the Ethical, Social, and Legal Implications of Genetic Screening, Counseling, and Educational Programs.* Washington, DC: Comisión Presidencial Estadounidense para el Estudio de Problemas Éticos en Medicina y la Investigación Biomédica y Conductual; 1983.

**14.** Comisión Presidencial Estadounidense para el Estudio de Problemas Éticos en Medicina y la Investigación Biomédica y Conductual. *Splicing Life, A Report on the Social and Ethical Issues of Genetic Engineering with Human Beings.* Washington, DC: Comisión Presidencial Estadounidense para el Estudio de Problemas Éticos en Medicina y la Investigación Biomédica y Conductual; 1982.

**15.** Comisión Presidencial Estadounidense para el Estudio de Problemas Éticos en Medicina y la Investigación Biomédica y Conductual. *Deciding to Forgo Life-Sustaining Treatment: A Report on the Ethical, Medical, and Legal Issues in Treatment Decisions.* Washington, DC: Comisión Presidencial Estadounidense para el Estudio de Problemas Éticos en Medicina y la Investigación Biomédica y Conductual; 1983.

16. *Guidelines on the Termination of Life-Sustaining Treatment and the Care of the Dying*. Briarcliff Manor, NY: The Hastings Center; 1987.
17. **Snyder L, Weiner J.** *Ethics and Medicaid Patients*. En: Snyder L, ed. *Ethical Choices: Case Studies in Medical Practice*. Philadelphia: American Coll Physicians; 1996:63-70.
18. *Health care needs of the adolescent*. American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 1989;110:930-5.
19. **Burnum JF.** *Secrets about patients*. *N Engl J Med*. 1991;324:1130-3.
20. **Roter DL, Stewart M, Putnam SM, Lipkin M Jr, Stiles W, Inui TS.** *Communication patterns of primary care physicians*. *JAMA*. 1997;277:350-6.
21. **Quill TE, Townsend P.** *Bad news: delivery, dialogue, and dilemmas*. *Arch Intern Med*. 1991;151:463-8.
22. *American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence: counseling the adolescent about pregnancy options*. *Pediatrics*. 1989;83:135-7.
23. **Geller G, Botkin JR, Green MJ, Press N, Biesecker BB, Wilfond B, et al.** *Genetic testing for susceptibility to adult-onset cancer. The process and content of informed consent*. *JAMA*. 1997;277:1467-74.
24. **Weiner J.** *The duty to treat HIV-positive patients*. En: Snyder L, ed. *Ethical Choices: Case Studies for Medical Practice*. Philadelphia: American Coll Physicians; 1996:71-8.
25. *The acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) and infection with the human immunodeficiency virus (HIV)*. Comité de Salud y Política Pública, American College of Physicians; e Infectious Diseases Society of America. *Ann Intern Med*. 1988;108:460-9.
26. **Eisenberg DM, Kessler RC, Foster C, Norlock FE, Calkins DR, Delbanco TL.** *Unconventional medicine in the United States. Prevalence, costs, and patterns of use*. *N Engl J Med*. 1993;328:246-52.
27. **Murray RH, Rubel AJ.** *Physicians and healers-unwitting partners in health care*. *N Engl J Med*. 1992;326:61-4.
28. **Zinn W, Furutani N.** *Physician perspectives on the ethical aspects of disability determination*. *J Gen Intern Med*. 1996;11:525-32.
29. *Sexual misconduct in the practice of medicine*. Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association. *JAMA*. 1991;266:2741-5.
30. **Weiner J, Tolle SW.** *Sex and the single physician*. In: Snyder L, ed. *Ethical Choices: Case Studies for Medical Practice*. Philadelphia: American Coll Physicians; 1996:53-60.
31. *A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. The Study To Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments (SUPPORT). The SUPPORT Principal Investigators*. *JAMA*. 1995;274:1591-8.
32. *Institute of Medicine. Approaching Death: Improving Care at the End of Life*. Washington, DC: National Academy Pr; 1997.

- 33. Cassel CK, Vladek BC.** ICD-9 code for palliative or terminal care. *N Engl J Med.* 1996;335:1232-4.
- 34. Buchan ML, Tolle SW.** Pain relief for dying persons: dealing with physicians' fears and concerns. *J Clin Ethics.* 1995;6:53-61.
- 35.** Compulsory treatment and the need for consent. In: Rozovsky FA. *Consent to Treatment: A Practical Guide.* 2d ed. Boston: Little, Brown; 1990.
- 36. Snyder L.** Life, death, and the American College of Physicians: the Cruzan case. *Ann Intern Med.* 1990;112:802-4.
- 37. Annas GJ.** The health care proxy and the living will. *N Engl J Med.* 1991;324:1210-3.
- 38. Tolle SW, Bennett WM, Hickam DH, Benson JA Jr.** Responsibilities of primary physicians in organ donation. *Ann Intern Med.* 1987;106:740-4.
- 39.** Persistent vegetative state and the decision to withdraw or withhold life support. Council on Scientific Affairs and Council on Ethical and Judicial Affairs. *JAMA.* 1990;263:426-30.
- 40.** Position of the American Academy of Neurology on certain aspects of the care and management of the persistent vegetative state patient. Adopted by the Executive Board, American Academy of Neurology, April 21, 1998, Cincinnati, Ohio. *Neurology.* 1989;39:125-6.
- 41.** Withholding and withdrawing life-sustaining therapy. This Official Statement of the American Thoracic Society was adopted by the ATS Board of Directors, March 1991. *Am Rev Respir Dis.* 1991;144(3 Pt 1):726-31.
- 42.** *When Death Is Sought: Assisted Suicide and Euthanasia in the Medical Context.* Albany, NY: New York State Task Force on Life and the Law; 1994.
- 43.** Physician-assisted suicide: toward a comprehensive understanding. Report of the Task Force on Physician-assisted Suicide of the Society for Health and Human Values. *Acad Med* 1995;70:583-90.
- 44. Tolle SW, Snyder L.** Physician-assisted suicide revisited: comfort and care at the end of life. In: Snyder L, ed. *Ethical Choices: Case Studies for Medical Practice.* Philadelphia: American Coll Physicians; 1996:17-23.
- 45. Povar G.** Moreno J. Hippocrates and the health maintenance organization. A discussion of ethical issues. *Ann Intern Med.* 1988;109:419-24.
- 46. LaPuma J, Schiedermayer D, Seigler M.** Ethical issues in managed care. *Trends Health Care Law Ethics.* 1995;10:73-7.
- 47. Mechanic D, Schlesinger M.** The impact of managed care on patients' trust in medical care and their physicians. *JAMA.* 1996;275:1693-7.
- 48. Snyder L, Hillman AL.** Financial incentives and physician decision making. In: Snyder L, ed. *Ethical Choices: Case Studies for Medical Practice.* Philadelphia: American Coll Physicians; 1996:105-12.
- 49.** Conflicts of interest. Physician ownership of medical facilities. Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association. *JAMA.* 1992;267:2366-9.

50. Physicians and the pharmaceutical industry. American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 1990;112:624-6.
51. The relationship between physicians and the pharmaceutical industry. A report of the Royal College of Physicians. *J R Coll Physicians Lond.* 1986;20:235-42.
52. Ethics case study: deciding how much care is too much. *ACP Observer.* 1997;17:1, 30-1.
53. **United Nations.** First Congress on the Prevention of Crime and the Treatment of Offenders. Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners. 1955.
54. **Fletcher JC, Siegler M.** What are the goals of ethics consultation? A consensus statement. *J Clin Ethics.* 1996;7:122-6.
55. Accreditation Manual for Hospitals. Chicago: Joint Commission on Accreditation of Hospitals; 1992:106.
56. Guidelines for the physician expert witness. American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 1990;113:789.
57. **Varki A.** Of pride, prejudice, and discrimination. Why generalizations can be unfair to the individual. *Ann Intern Med.* 1992;116:762-4.
58. **Conley FK.** Toward a more perfect world-eliminating sexual discrimination in academic medicine [Editorial]. *N Engl J Med.* 1993;328:351-2.
59. **Snyder L.** Referrals and patients' wishes. In: Snyder L, ed. *Ethical Choices: Case Studies in Medical Practice.* Philadelphia: American Coll Physicians; 1996:35-40.
60. **Weiner J, Snyder L.** The impaired colleague. In: Snyder L, ed. *Ethical Choices: Case Studies in Medical Practice.* Philadelphia: American Coll Physicians; 1996:79-84.
61. **Commission on Research Integrity.** Integrity and Misconduct in Research: Report to the Secretary of Health and Human Services, The House Committee on Commerce and the Senate Committee on Labor and Human Resources. Washington, DC: US Dept of Health and Human Services, Public Health Service; 1995.
62. Cognitively impaired subjects. American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 1989;111:843-8.
63. **Lind SE.** Finder's fees for research subjects. *N Engl J Med.* 1990;323:192-5.
64. **Lind SE.** Innovative medical therapies: between practice and research. *Clin Res.* 1988;36:546-51.
65. **Levine RJ.** *Ethics and Regulation of Clinical Research.* 2d ed. Baltimore: Urban & Schwarzenberg; 1986.
66. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. International Committee of Medical Journal Editors. *N Engl J Med.* 1997;336:309-15. fu;1} 28. Zinn W, Furutani N. *Physician perspectives on the ethical aspects of disability determination.* *J Gen Intern Med.* 1996;11:525-32.

\*Los integrantes del Comité de Ética y Derechos Humanos que elaboraron ésta, la cuarta edición del Manual, fueron Lloyd W. Kitchens Jr., M.D. (Presidente); Troyen A. Brennan, M.D.; Richard J. Carroll, M.D.; Cynthia L. Clagett, M.D.; Lee J. Dunn Jr., J.D., L.L.M.; Kenneth V. Eden, M.D.; Joanne Lynn, M.D.; Steven H. Miles, M.D.; Gail J. Povar, M.D.; David L. Schiedermayer, M.D.; Susan H. Thompson, M.D. y James A. Tulsky, M.D.

Los autores y editores de personal fueron Lois Snyder, J.D. y Karine Morin, L.L.M.

Copyright© 1998 del American College of Physicians. Todos los derechos reservados.

Reimpreso y traducido de *Annals of Internal Medicine*. 1998;128: 576-594.