

Aspectos éticos y legales en el campo de la medicina y la psicología médica¹

Introducción

En el campo médico contemporáneo, es obligatorio que el clínico tenga un conocimiento integral tanto de sus pacientes, como de los aspectos éticos y legales de su práctica. Previamente se consideraba que el sentido común y la “educación en casa” eran suficientes para la toma de decisiones ante problemas éticos y legales, hoy no lo son; y el costo de no tomar en cuenta estos aspectos en la práctica médica –además del legal– es elevado, pues se ponen en riesgo dos elementos fundamentales del ser humano: su dignidad y su libertad.

Las cuestiones éticas y legales de la medicina permean en situaciones que a diario se presentan, por ejemplo, al seleccionar un tratamiento, al considerar una hospitalización, al abordar la vida sexual de un paciente, al mantener el secreto médico incluso fuera de la clínica, cuando se requiere de consentimiento para maniobras diagnósticas y terapéuticas, etcétera. También se vive bajo una amenaza permanente de demandas por mala praxis, que conlleva el ejercicio de una medicina defensiva; y que puede deberse en gran parte al desconocimiento de la llamada *lex artis*, entre otros tópicos.

La práctica médica ha estado regulada por la autoridad desde la edad antigua, como en el Egipto del siglo XVI a.C., donde no se castigaba al médico cuyo paciente fallecía, pero sí al que experimentaba con tratamientos cuestionables que producían la muerte del paciente. También están el juramento hipocrático, que constituyó un canon tanto para la cultura clásica como para la Edad Media; y, posteriormente, el proceso de Núremberg, que mostró al mundo lo que puede suceder cuando el poder absoluto se ejerce sin vinculación a la moral, como lo acontecido durante el régimen Nacionalsocialista alemán. Esto nos lleva a reflexionar que como médicos y científicos debemos resolver de manera responsable y respetuosa los dilemas generados por el desarrollo científico, así como aquellos asociados a la vida, la muerte, la maternidad/paternidad, la familia, la herencia genética, la libertad, las emociones y lo que que significa ser humano.

En el Código de Nuremberg, publicado en Ginebra en 1948, se establecen los lineamientos que se deben seguir en la investigación con seres humanos, incluyendo las condiciones necesarias para el consentimiento informado. A éste le siguieron otros documentos como la Declaración de Helsinki (en 1964) por la Asociación Médica Mundial, cuya revisión y actualización más reciente fue llevada a cabo por dicho organismo en 2013.

Las palabras *ética* (del griego *éthikós*: “relativo a la manera de ser”) y *moral* (del latín *moris*: “relativo a costumbre” o “manera de vivir”), tienen significados distintos aunque relacionados. *Moral* se refiere al conjunto de comportamientos y normas que son considerados como válidos bajo un juicio de lo bueno y lo malo; mientras que *ética* es una disciplina que busca reflexionar sistemáticamente por qué tales comportamientos o normas son válidos y cómo éstos contrastan entre personas y grupos sociales. La *deontología* (del griego *déon*, “deber” y *lógos*, “estudio”), por otra parte, sistematiza las prohibiciones y las ordenanzas formulando los códigos que pretenden normar el comportamiento. La *axiología* (del griego *axios* “valioso” y *logos* “tratado”) es la rama de la filosofía antropológica que estudia la naturaleza de los valores y juicios de valor. De manera que la creación de un reglamento o un código ético en una institución, sería el ejercicio de la deontología, que se fundamenta en los principios y metodología de la ética.

El término *bioética* es un neologismo acuñado por el oncólogo Van Rensselaer Potter, que se define como “el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y del cuidado sanitario, en cuanto que tal conducta se examina a la luz de los valores y de los principios morales”. Así, lo que la *bioética* estudia y valora es el acto biomédico, con un enfoque especial en la relación médico-paciente. La conducta del médico es éticamente aceptable si ésta lo dignifica y perfecciona como profesional de la salud.

Lo perfeccionará y dignificará como tal, si dicha conducta está dirigida a beneficiar, aliviar, perfeccionar o desarrollar a su paciente.

Desde el punto de vista de la *bioética*, la persona tiene un valor absoluto por su naturaleza sustancial y dignidad intrínseca, que la hacen única, irrepetible e insustituible. Por eso, el individuo ha de asumir estas características ejerciendo una conducta que promueva su dignidad; entonces, tal comportamiento será reconocido como bueno y su consecuencia como un bien.

Como se ha dicho, la relación médico-paciente es uno de los ejes centrales en el estudio de la *bioética*, pues a través de ella el paciente logra acciones que lo sanan, lo alivian y promueven su desarrollo. El médico, a su vez, asume una práctica profesional con responsabilidad, en un sistema que tiene por objeto el compromiso hacia un fin común, que sería restaurar la salud o promover el desarrollo integral de la persona hacia un funcionamiento óptimo (p.ej. en psicoterapia), dentro de una realidad biológica, emocional, social, familiar y espiritual; de no ser esto posible, la relación terapéutica ha de lograr el alivio del malestar o consuelo ante éste. Así, las acciones terapéuticas podrán tener un sentido humanista en que se respete ante todo la libertad responsable del paciente y se reconozca la dignidad de ambos.

Todo esto no es tarea fácil, pues la toma de decisiones necesita una metodología específica para valorar un acto humano como aceptable desde el punto de vista ético, hemos de observarlo desde diversos puntos de vista y no simplemente obedecer a un juicio moral inmediato.

La *ética*, al ser una disciplina humanística, enfrenta diversos problemas con una postura que no es universal; por ejemplo, en el caso de la eutanasia, en el que distintas escuelas de pensamiento filosófico inspiran diversas perspectivas que han de ser defendidas, sostenidas, estudiadas y discutidas a menudo en casos particulares, para tomar así la decisión que conserve al máximo la dignidad humana. El naturalismo sociobiologista es la primera de estas escuelas y se propone una *ética* basada en el evolucionismo como corriente filosófica más que como teoría científica, niega así cualquier cualidad específicamente humana de la experiencia de la verdad, del bien o de la belleza, mas que el de servir a la supervivencia de la especie humana, entonces, la especie tiene prioridad respecto al individuo.

Por otra parte, está el liberalismo, que en el último siglo no sólo ha tenido impacto en las ciencias de la salud, sino también en la sociología, la pedagogía y las ciencias políticas. Para éste, lo más importante es el pleno derecho de propiedad sobre uno(a) misma(o); el individuo es pleno propietario de su cuerpo, su vida y su alma; y tiene derecho a alquilar sus propios talentos, vender sus órganos, arruinar su salud, suicidarse, etcétera. En la *bioética*, esta posición –que también se clasifica como individualista– se ha mantenido sobre todo alrededor de la sexualidad y la procreación, incluyendo el aborto.

El utilitarismo, como orientación filosófica, se ha enfocado primordialmente en la toma de decisiones económicas y políticas. Se trata de una doctrina moderna, humanista y altruista originada en el siglo XVIII en Inglaterra. Para el utilitarismo, lo único importante es “lograr la máxima felicidad para el mayor número de personas”, sin tomar mucho en cuenta intereses, inclinaciones, prejuicios morales o creencias religiosas.

En el personalismo, el individuo es el eje de toda fundamentación moral. Desde esta perspectiva, la naturaleza racional del ser humano es en sí su dignidad innata, lo cual implica que éste tiene un fin intrínseco que tiende a alcanzar por su propia naturaleza, además de que es una totalidad de funciones que se extienden en tiempo y espacio. La naturaleza racional conlleva una libertad que permite a las personas optar por ser responsables de las consecuencias de sus elecciones, lo que involucra las capacidades específicamente humanas de inteligencia y voluntad. El total resultante de este proceso de elección responsable es entendido como dignidad humana.

La diferencia fundamental entre el personalismo y el liberalismo es que el primero reconoce la dignidad de la persona por su esencia y no sólo por la capacidad de ejercer su autonomía, además de que acepta la indivisibilidad de una unidad física, psíquica y espiritual trascendente desde el momento de la concepción hasta la muerte.

Al inicio de la relación médico-paciente, este último se reconoce a sí mismo como incompetente por el estado de vulnerabilidad en que se encuentra (p.ej. enfermedad, ignorancia), recurriendo a otro, en este caso al médico, quien posee los conocimientos y el acceso a recursos que pueden disminuir la limitación que implica la condición patológica del paciente, que le impide el equilibrio e integración de las instancias biológicas, sociales, psicológicas y espirituales en una totalidad funcional.

Implícitamente en este proceso, el médico es reconocido como superior por sus conocimientos, experiencias y destrezas; mientras que el paciente adopta una postura receptiva y vulnerable. Esta posición receptiva y de desventaja sólo se puede adoptar si la confianza en el otro prevalece; confianza en que el médico es fiel a su misión o vocación (el bien del paciente), misión que también lo dignifica y perfecciona.

Principios éticos fundamentales en la medicina

Los principios éticos (o bioéticos) fundamentales en la práctica médica son los de *beneficencia-no maleficencia*, *autonomía*, *justicia*, *respeto* (hacia el valor intrínseco de la persona) y *veracidad* (respeto a la verdad u honestidad). Todos deben ser ponderados tanto en las decisiones clínicas como en la investigación, aunque el de beneficencia ocupa la cúspide de la jerarquización. Tal orientación ha tomado la práctica de la medicina desde hace 2,500 años, a partir del *Corpus Hipocrattum*. De manera asociada, la vida también está colocada en la cúspide de la escala axiológica (o de valores) de la práctica médica.

El entendimiento de lo que es el *bien* del paciente o lo que *le beneficia* es ontológico, es decir, obra en conveniencia de que lo perfeccione o dignifique de alguna forma como ser humano (curar, sanar, aliviar, mejorar su estado físico o psicológico, etcétera). El médico, entonces, actúa en función de lo que es el bien ontológico del paciente. El principio de *beneficencia* ya implica el de *no maleficencia*, el famoso *primum non nocere* (“primero que nada, no dañar”), cuya prioridad se señala en el *Corpus Hipocrattum*.

La transgresión al principio de *beneficencia* ocurre cuando: **a)** los conocimientos del profesional de la salud no son adecuados en un acto médico (**impericia simple** o **temeraria**), **b)** el médico no cumple su obligación habiendo tenido la oportunidad de hacerlo (**negligencia**) o **c)** la actuación del médico tome una dirección determinada por un interés personal, por sobre el del paciente (**conflicto de intereses**).

Como ya se ha dicho, la relación médico-paciente es con frecuencia desigual o asimétrica. Para que las decisiones se tomen dentro de los límites éticamente válidos, la propia sociedad ha establecido normas legales que hacen obligatoria la observación de los principios éticos fundamentales para acercar dicha relación —lo más posible— a la igualdad, y toma la forma de un contrato entre prestador y usuario de un servicio.

Las normas legales que emanan de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como de la Ley General de Salud, los códigos penales/civiles, las normas oficiales, los códigos de ética, entre otros, validan y reconocen la dignidad humana, el libre desarrollo de la personalidad, la no discriminación, la libertad individual y la protección a la salud como derechos humanos fundamentales. De tal forma que los fundamentos éticos adquieren obligatoriedad al ser reforzados por los jurídicos, que tienen a su vez el poder de la sanción en caso de faltar a su observancia.

El quehacer ético del médico puede resultar más complicado si se toman en cuenta estos principios. Con frecuencia, la amplia gama de enfermedades parece de inicio inabordable, es importante que el profesional de la salud acepte que hay puntos oscuros que todavía se llenan de especulaciones e hipótesis que no siempre pueden comprobarse; y, aunque eso sea una característica inherente a la vida humana, la filosofía, la ciencia, las leyes e incluso la religión pueden ayudar a aportar luz ante la incertidumbre y la vacilación.

Hay tres temas que resultan más relevantes en la práctica médica desde el punto de vista de la *bioética*: el consentimiento informado, así como el secreto y la responsabilidad profesional.

Consentimiento informado

La aceptación universal de que un sujeto tiene capacidad de decisión por defecto y, por ende, derecho a tomar decisiones sobre su persona y salud, originó la teoría del consentimiento informado. Es de particular interés porque incluye por completo los principios bioéticos que dan sustento a la práctica médica, y se le considera la piedra angular de la relación médico-paciente. Se sustenta en tres principios bioéticos fundamentales: respeto a la autonomía de la persona, justicia y beneficencia-no maleficencia.

Por lo tanto, el consentimiento informado es la aceptación voluntaria, autónoma y libre que proporciona un paciente, en pleno uso de sus facultades, para someterse a un procedimiento diagnóstico, quirúrgico o rehabilitador propuesto; de modo que todo el equipo médico tiene la obligación ética y legal de informar sobre los procedimientos que se propone implementar y de obtener del paciente la autorización para ejercer ese acto específico sobre su persona. Las posibilidades de aceptación o rechazo deben ser aceptadas por el equipo médico, sin que se altere su *respeto por la dignidad del paciente*.

El consentimiento informado consta de tres elementos:

1. Información. Debe contener los riesgos y beneficios del tratamiento, además de las alternativas existentes.
2. Voluntariedad. El paciente debe aceptar de manera completamente voluntaria y sin ningún tipo de coerción o condicionamiento más que sus propios valores e intenciones.
3. Capacidad (competencia). Definida como la posibilidad del paciente para comprender la situación a la que se enfrenta, junto con sus riesgos y beneficios, además de los cursos de acción con las consecuencias posibles de cada uno de ellos; para así tomar, expresar y defender una decisión que sea coherente con su propia escala de valores.

El elemento que ha generado mayor controversia ha sido la capacidad, pues reconocer o no su existencia históricamente ha afectado la posibilidad de que dicho individuo ejerza sus derechos y obligaciones con autonomía, al grado de someterlo a tratamientos en contra de su voluntad que incluso podrían constituir tratos inhumanos o degradantes; un ejemplo es el estudio de sífilis de Tuskegee, realizado entre 1932 y 1972 para estudiar la progresión de la sífilis no tratada en hombres negros rurales en Alabama, el cual ilustra con claridad el abuso de la asimetría de poder en la medicina.

Siempre existe la posibilidad de que el clínico se vea ante la disyuntiva de ejercer el principio de beneficencia-no maleficencia (con todo el “paternalismo” que pueda implicar su decisión) o de justicia, mientras limita el principio de autonomía del paciente. Con respecto a esto, Appelbaum ha propuesto los siguientes criterios de capacidad, con la finalidad de facilitar al médico la toma de decisiones para que —al valorarlos en el paciente— le ayuden a esclarecer su competencia y, por tanto, su nivel de autonomía:

- a) Capacidad para comunicar sin ambigüedades las preferencias propias.

- b) Comprensión de la información relevante para llegar a una decisión específica (en este caso, comprensión del potencial de beneficios y riesgos con la intervención recomendada).
- c) Apreciación de la situación actual o de la gravedad de los síntomas y el deterioro resultante, una comprensión suficiente del proceso de la enfermedad en cuestión, así como una apreciación suficiente de la naturaleza de la decisión a tomar en el contexto de la propia vida.
- d) Capacidad de razonar o de sopesar información, considerar alternativas y —finalmente— comprender las consecuencias de no llevar ningún tratamiento.

Una transmisión exitosa de la información requiere de su ofrecimiento por parte del médico y su comprensión por parte del paciente. Dicha información debe además ser clara, *veraz* y oportuna; incluir todo aquello que se relacione con su enfermedad, diagnóstico, tratamiento, alternativas de abordaje y pronóstico.

La misma deferencia al principio bioético de la autonomía del paciente es la base de las políticas relativas a la voluntad anticipada y la toma de decisiones por alternos. En los casos en que se decida que un individuo —a través de una determinación clínica o legal— carece de capacidad de decisión, una directiva o **voluntad anticipada** —en la forma de un documento que especifique los deseos de un individuo sobre la atención futura o la asignación de un sustituto previamente designado él— puede ser invaluable para dirigir la atención. Cuando se trate de un paciente incapaz (o con competencia mínima), se puede otorgar la información a sus representantes o **alternos**: la pareja, los padres, el tutor testamentario, legítimo o dativo, familiares en segundo grado o quien determine la autoridad en ausencia de los anteriores; y de ellos obtener la autorización del procedimiento a realizar.

Secreto profesional (confidencialidad)

Otro punto crucial en la *bioética* es el secreto profesional, sobre el cual se ha escrito abundantemente pero en la práctica poco se conoce o se respeta. Primero, cabe destacar la naturaleza del secreto profesional médico, que consiste en su compromiso y deber para mantener en secreto la información que el paciente le ha confiado, en estrecha relación con el respeto a su intimidad y, por consecuencia, su dignidad.

Cualquier utilización, aun vana, de la información otorgada por la o el paciente constituye una transgresión del secreto profesional. El juramento de Hipócrates expresa en forma textual: “todo cuanto en el trato con los demás, tanto en el ejercicio de la profesión como fuera del mismo, viere u oyere, que no deba divulgarse, lo consideraré absolutamente como un secreto”.

Todo individuo cuya ocupación se relaciona con la provisión de servicios de salud, es responsable de que la información del paciente se maneje con discreción y respeto a su dignidad; además, al revelar un secreto, se puede producir daño moral o físico a su persona y familia, ocasionando males económicos o sociales difícilmente reparables. Los profesionales de la salud y juristas que conocen el tema saben que el secreto médico es circunstancial en la práctica y requiere de la ética y del derecho para ser efectivo, pues —nuevamente— en la práctica los clínicos no siempre parecen observar la confidencialidad como un requerimiento absoluto.

La obligación de mantener el secreto profesional se conoce como **confidencialidad** y —como se ha dicho— es aplicable al equipo médico que se encuentra dentro del círculo que tiene contacto con dicha información reservada y la comparte entre sus miembros sin requerir permiso especial del paciente. Fuera del círculo, están la familia del paciente, el abogado, el médico anterior, etcétera; compartir la información con estas personas requiere del permiso del paciente (que puede ser escrito, aunque usualmente el verbal es suficiente), salvo en circunstancias excepcionales.

Desde el punto de vista del derecho positivo estricto, el deber del equipo médico de guardar secreto es para proteger el bien jurídico de la intimidad y la dignidad de la persona; está relacionado en forma inequívoca con la Ley General de Salud y los códigos penales y civiles, que sancionan su rompimiento y al mismo tiempo facultan al profesional de la salud para que —en caso necesario— se libere del compromiso confidencial. En términos de ruptura del secreto *sin causa justa*, las leyes civiles, penales y sanitarias sancionan severamente al médico o personal de salud que lo así lo haga, considerando dicha ruptura un daño moral o un delito completamente tipificado por la ley, además de una infracción a los reglamentos sanitarios.

No obstante lo anterior, el secreto profesional puede o debe ser vulnerado bajo situaciones específicas (o bajo una *causa justa*), tales como las necesarias para: 1) la atención a pacientes menores de edad, por motivos de salud pública sobre enfermedades de notificación obligatoria (pacientes con virus de inmunodeficiencia humana-síndrome de inmunodeficiencia humana, VIH-SIDA, o en el caso de la tuberculosis); 2) el acceso del paciente a su propia historia clínica bajo solicitud por escrito; 3) el acceso de terceras personas al expediente físico o a través de sistemas informáticos; 4) la evaluación del paciente por una tercera persona; 5) en la práctica forense (sólo bajo solicitud de un juez); 6) el acceso a los datos del paciente por personal en formación; o 7) cuando se debe avisar al Ministerio Público, en caso de internamiento involuntario, sospecha de abuso infantil/geriátrico, riesgo inminente a un tercero o delito declarado por el paciente, entre otros.

Está ampliamente demostrado que no sólo es obligación del equipo médico hacer anotaciones de todo lo que sea o pueda ser importante en la evolución del padecimiento, sino que es también *protección jurídica* para el mismo personal. Como consecuencia, adquiere una gran importancia elaborar el expediente clínico, así como vigilar, supervisar, evaluar y corregir de inmediato los procedimientos para su elaboración, integración y almacenamiento. En este sentido, los ordenamientos legales —específicamente la Norma Oficial Mexicana del expediente clínico— destacan que los expedientes son propiedad de la institución y del prestador de servicios, pero la información ahí asentada le pertenece al paciente y obliga al tenedor a conservarlos por un periodo mínimo de cinco años, contados a partir de la fecha del último acto médico. La misma norma estipula que el uso del expediente clínico es para asistencia médica, enseñanza, investigación, así como de carácter administrativo y médico-legal; es decir, constituye un documento que legitima el acto médico ante el Estado.

Responsabilidad profesional

En la medicina actual, la imagen del médico ha sufrido una clara transformación ante la sociedad: quedó atrás el artista que cura y atiende, ahora —en su lugar— está el técnico y científico que hace a un lado la relación éticamente cálida entre él y su paciente, lo que le pone en riesgo de ser sometido a escrutinio social y legal de manera justa o injusta; es decir, de ser designado legalmente como responsable de un acto.

Existen diversos tipos de responsabilidad profesional, principalmente la responsabilidad civil, la penal, la administrativa y la fiscal. En el contexto del ejercicio médico, destacan las dos primeras, mismas que se explican a continuación.

Responsabilidad civil. Es aquella a la que se encuentra sujeto el médico en caso de incumplimiento de sus deberes y obligaciones. Ésta proviene de un convenio de tipo civil y considera la reparación del daño o perjuicio (usualmente económica) derivado de la obligación de responder ante los demás por actos propios o de quienes estén bajo el servicio del profesional de la salud. Suele darse por el incumplimiento de contratos.

Responsabilidad penal. Se define como la obligación de responder ante la sociedad cuando se ha cometido un *delito*, el cual es un acto u omisión descrito en el Código Penal, que contraviene la Ley y que además de

requerir reparación del daño, puede ameritar la suspensión temporal o definitiva del ejercicio de la profesión, o —incluso— la privación de la libertad. El personal de la salud puede incurrir en un delito y contravenir diversas leyes desde su práctica profesional bajo tres condiciones necesarias: 1) haber cometido una acción incorrecta u omisión dentro del acto médico, 2) haber provocado un mal o daño efectivo y concreto, y 3) que haya una relación de causa-efecto.

Hay otras formas de incurrir en responsabilidad: mediante **impericia**, la cual se refiere a la falta de conocimientos técnicos o científicos o de destrezas, que deben exigirse de acuerdo al grado académico real del profesional; **impericia temeraria**, que alude a la exposición innecesaria a riesgos por falta de conocimientos; y **negligencia**, que es la omisión al cumplimiento de un deber a sabiendas de ello y teniendo los recursos necesarios para hacerlo. También se puede actuar mediante **dolo**, que se refiere a la maquinación o artificio teniendo la intención de dañar; este último corresponde a un campo más amplio dentro de la responsabilidad criminal.

El quejoso —es decir, el usuario insatisfecho o dañado— podrá hacer valer sus derechos en el ámbito de impartición de justicia que más le convenga: si lo que pide es remuneración económica, lo hará ante un juez civil y su argumento será el daño moral; si lo que quiere es que se sancione al médico que incumplió con el contrato, podrá hacerlo ante un juez penal o bien ante autoridades administrativas (como la contraloría interna de cada institución); en tanto que si pretende una solución de carácter más amigable (por ejemplo, que el médico reconozca su error e intente repararlo), quizá recurra a las Comisiones de Arbitraje Médico.

Conclusiones

Hay habilidades esenciales para la resolución ética de problemas que puede usar el profesional de la salud. Ninguna disciplina médica es inmune a dilemas éticos difíciles, y cualquier médico o investigador podría beneficiarse de la adquisición y el desarrollo de las siguientes seis habilidades: 1) reconocer los problemas éticos a medida que surgen, 2) comprender cómo los valores personales afectan la atención que uno brinda, 3) ser consciente de los límites de sus conocimientos y habilidades, 4) apoyarse de otras/otros profesionales en dilemas éticos particulares, 5) identificar situaciones con mayor probabilidad de producir conflictos éticos, y 6) incorporar salvaguardas éticas en el trabajo (p.ej. establecer los límites de la confidencialidad por adelantado, desarrollar documentos de consentimiento informado fáciles de usar o dar tiempo suficiente para aclarar dudas durante el proceso de consentimiento).

Bibliografía

- ¹ López Munguía, F. (2018). Aspectos éticos y legales en el campo de la salud mental. En J.R. de la Fuente y G. Heinze (Eds.), *Salud mental y medicina psicológica* (pp. 549-568) (3ª ed.). McGraw-Hill Interamericana.