

Medicina, Bioética y la Ley

Ángel Alarcón-Benítez ⁽¹⁾

Resumen

Todo acto médico, diagnóstico o terapéutico vulnera algún bien Jurídico, tal como la integridad física con el riesgo del daño, la intromisión en la intimidad del paciente, la pérdida de libertad al indicar la hospitalización del paciente e inclusive la posibilidad de manipulación de la dignidad, según la óptica de cada paciente; todo lo cual hace que este acto implique una gran complejidad. Para el ejercicio de la profesión médica se requiere conocer las disposiciones legales nacionales (normativas del Ministerio de Salud Pública, Código de Ética Médica de la Federación Médica Ecuatoriana) y las normativas internacionales. No obstante, el médico también debe conocer sus derechos y las obligaciones de los propios pacientes.

Rev Fac Cien Med (Quito) 2012; 37: 71 – 78.

Introducción

Desde nuestra época de estudiantes de medicina aprendimos a convivir junto al dolor y la muerte de nuestros pacientes en los hospitales, sabiendo que hasta donde no llega el saber llegará el amor (según lo decía Gregorio Marañón); por lo tanto se fue haciendo necesario establecer una buena relación médico-paciente a la par de ir adquiriendo las destrezas del examen médico y la adecuada competencia del **saber-ser**, para ser buena persona con todos los valores; del **saber-saber**, es decir la adquisición del conocimiento científico; y del **saber-hacer**, es decir de completar todas las habilidades y destrezas. Posteriormente cada profesional trata de hacer las cosas de la mejor manera, con buena fe en todos los actos, apegado a principios y valores aceptados por la sociedad; sin embargo, las cuestiones éticas derivadas del ejercicio de la medicina han sido motivo de preocupación de la humanidad desde la antigüedad.

Hace 4 milenios el *Código de Hammurabi*, regulaba el acto médico, penalizando con la ley del talión de ojo por ojo, en el afán de disuadir a los médicos de la época a cometer actos de imprudencia o dañinos. En Grecia, en el siglo IV antes de nuestra era, aparece el *Juramento Hipocrático*, que se constituye en el paradigma del código de ética de la medicina occidental en la cual se aconseja en un comportamiento intachable del médico. Hay que citar muchos códigos más, como el *Juramento de Iniciación Caraka Samhita* del siglo I aC en la cultura indú, el *Juramento de Asaf* del siglo III-IV dC en la cultura árabe, y *Los Cinco Mandamientos* y *Diez Exigencias* de Chen Shih en siglo XVII dC en la China. Todo lo anterior evidencia la permanente preocupación de la humanidad, para establecer principios éticos que guíen el acto médico y la toma de decisiones. En 1803 Thomas Percival en Inglaterra publicó su libro *Medical Ethics*, donde describió los deberes profesionales que garanticen la calidad y dignidad del ámbito médico. Durante el siglo XIX

1 Docente Facultad de Ciencias Médicas; Universidad Central del Ecuador. Presidente del Tribunal de Honor de Médicos de Pichincha

Dirección para correspondencia:
Dr. Ángel Alarcón B.
aeabec@gmail.com

Palabras clave
Medicina, Bioética, Mala práctica, Legislación, Jurisprudencia, Relación médico-paciente.

Recibido:
10 – Diciembre – 2012
Aceptado:
21 – Diciembre – 2012

iniciaron varias publicaciones sobre la *Moral y la Medicina* y *Deontología Médica*.

En el siglo XX, en la década de 1970, los hospitales de EEUU publicaron sobre los derechos de los pacientes y fue el oncólogo Van Rensselaer Potter, con su libro *Bioethics: Bridge to the Future*, quien introdujo el término "Bioética" en el afán de crear una disciplina que tienda un puente entre la biología, la ecología, la medicina y los valores humanos, para hacer frente al desfase entre el desarrollo científico y tecnológico, siendo los fundamentos de Potter: el pluralismo, la interdisciplinariedad, la apertura ideológica y el pensamiento crítico^[1]. Bioética proviene de los vocablos: Bios = vida y ethos = ética, pudiendo definirla como: "el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias humanas y de la atención sanitaria, en cuanto se examina esta conducta a la luz de valores y principios morales."

Los pilares fundamentales de la Bioética son los principios de: Beneficencia, Justicia, Autonomía y No Maleficencia, este último recuperado en la década de 1990 por Diego Gracia en su texto sobre el "*Primum non nocere*" hipocrático^[2]. Estas fundamentaciones también han sido detalladas más recientemente por otros autores, como los norteamericanos Tom Beauchamp y James Children, en su libro *Principles of Biomedical Ethics*^[3].

Beneficencia: Es el actuar siempre en beneficio del paciente, evitando riesgos desproporcionados, con un respeto absoluto a la vida humana, y una acción efectiva del bien del paciente en relación a promoción de la salud, prevención de la enfermedad y alivio de los síntomas hasta donde sea posible. La declaración de Ginebra dice: "la salud de mi paciente será mi primera preocupación". Por tanto debemos tener una permanente formación teórico-práctica actualizada, fundamentada en medicina basada en evidencia, incluso cumpliendo la certificación y recertificación de la práctica médica, donde la herramienta de prácticas en los Laboratorios de Simulación Clínica, actualmente están en boga. Este principio corresponde cumplir al médico y al Estado.

No Maleficencia: Desde Hipócrates con su máxima: "*Primum Non Nocere*", que quiere decir: "*Primero No Hacer Daño*", se nos obliga a los médicos a actuar de buena fe; dando la mejor información al paciente, de la manera más equilibrada y veraz, sin inducirlo a tomar decisiones, sin minimizar ni exagerar la realidad. Aquí se debe respetar la confidencialidad y en lo posible el secreto médico. Hay que enfocarse

al paciente con el objetivo de hacer uso de la "medicina paliativa" cuando no sea posible curar, y evitar caer en la "medicina defensiva". Este principio corresponde cumplir al médico.

Autonomía: Es el derecho del paciente competente y bien informado para aceptar o rechazar intervenciones médicas, incluyendo medidas de sostén vital. Puede en base a una buena información, firmar el **Consentimiento Informado**, de manera soberana. Hay que hacer notar que el obtener este consentimiento es la "**oportunidad de oro**" para establecer una buena relación médico-paciente. Este principio le corresponde al paciente.

Justicia: Según Aristóteles "*justicia es dar a cada quien lo que corresponde*", y en este caso debemos dar atención a todos nuestros pacientes con igualdad, sin discriminación ni preferencias. El Estado es el principal responsable de que este principio se cumpla al brindar atención de salud a la población, con una adecuada distribución de los recursos sanitarios, siempre limitados en relación al número de pacientes, siempre creciente de manera exponencial.

El acto médico y sus actores

Quienes nos inclinamos por la vocación médica, tenemos que transitar necesariamente por el humanismo, que nos permite colocar la miseria ajena en nuestro corazón, para compadecernos de ayudar adecuadamente a ese ser humano sufrido y enfermo. Realmente es una vocación de servicio que requiere una larga formación universitaria de pregrado y postgrado, con rigurosas evaluaciones para estar listos de atender a los pacientes y finalmente ser útiles.

El acto médico debe entenderse como algo tan delicado y tan importante para recuperar la salud del paciente, como lo más importante para la sociedad; y en el mismo intervienen algunos actores; **tabla 1**. El **médico**, como ser humano, puede en algún momento, cometer un error o accidente pero su obligación es arreglarlo inmediatamente, informando adecuadamente, para no caer en las acusaciones de impericia, imprudencia, inobservancia de las normas o negligencia, lo cual es cosa muy distinta. En el momento que no arreglamos el error y el caso es fatal, podemos ac-

tualmente, incluso ser acusados de lo peor que podría pasarnos en nuestra carrera: el "homicidio no intencional". A nivel mundial se hacen esfuerzos con la finalidad de mejorar la atención médica y tratar de contrarrestar lo que actualmente se conoce como "**evento adverso**", con lo cual nació la "**Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente**" en el 2004, patrocinada por la Organización Mundial de la Salud.

El **paciente**, quien reacciona de diferente manera a las intervenciones y no se puede

saber o premeditar su curso, ya que ningún paciente es igual a otro. Las complicaciones, o mejor denominadas eventos adversos, pueden ser las usuales a la evolución natural de una enfermedad o producto de un tratamiento clínico o quirúrgico; pudiendo ser su curso: **favorable, estacionario o desfavorable**. Las complicaciones que toda enfermedad puede generar son: **leves, moderadas y graves**; todo lo cual es indispensable ir informando al paciente y a la familia, ya que nuestro objetivo, permanentemente, será que nuestro paciente mejore y este satisfecho de todas sus inquietudes.

Tabla 1. Actores involucrados en el acto médico

El médico, responsable de brindar la atención en salud.
El paciente, beneficiario de la atención del médico.
La familia del paciente, apoyo del individuo.
La institución de salud, que provee la infraestructura e insumos.
El medio ambiente, con espacios saludables.

Tabla 2. Lista de normativas internacionales regentes del ejercicio de la profesión médica.

Juramento Hipocrático (siglo IV aC)
Constitución de la Organización Mundial de la Salud (1946)
Declaración de Ginebra y Código Internacional de Ética Médica de la Asociación Médica Mundial (1948, revisado en 1968)
Código de Núremberg (1946; Experimentación)
Declaración de Helsinki (1964; Investigación)
Declaración de Sídney (1968; Determinación momento de la muerte)
Declaración de Oslo (1970; Aborto terapéutico)
Declaración de Tokio (1975; Tortura)
Declaración de Hawái (1977; Tratamiento de los pacientes psiquiátricos)

Tabla 3. Elementos principales de la Ley de Derechos y Amparo al paciente (República del Ecuador; Ley N° 77; Registro Oficial, Sup 626; 03 de febrero de 1995)
Tabla 3. Elementos principales de la Ley de Derechos y Amparo al paciente (República del Ecuador; Ley N° 77; Registro Oficial, Sup 626; 03 de febrero de 1995).
Capítulo I - Definición
Art. 1- Definición de centro de salud. Son considerados: hospitales, clínicas, institutos médicos, centros médicos, policlínicos y dispensarios médicos.
Capítulo II – Derechos del paciente
Art. 2- Derecho a una atención digna.
Art. 3- Derecho a no ser discriminado.
Art. 4- Derecho a la confidencialidad.
Art. 5- Derecho a la información.
Art. 6- Derecho a decidir.
Capítulo III – Amparo al paciente en situaciones de emergencia
Art. 7- Situación de emergencia (definición).
Art. 8- Obligación de recibir a todo paciente en estado de emergencia sin previo pago.
Art. 9- Prohibición de exigir cheques, tarjetas de crédito o efectivo, hasta ser estabilizado.
Art. 10- Calificación del estado de emergencia del paciente por el centro de salud al momento de su arribo.
Art. 11- Valores no recuperados por el centro de salud por la atención, podrán deducirse del impuesto a la renta.
Capítulo IV – Sanciones por falta de atención en situaciones de emergencia
Art. 12- Bajo ningún motivo un centro de salud podrá negar la atención de un paciente en estado de emergencia. Sanción: obligación jurídica de indemnizar los daños y perjuicios que su negativa le cause.
Art. 13- Los responsables de un centro de salud que se negaren a prestar atención a pacientes en estado de emergencia, serán sancionados con prisión de 12 a 18 meses y, en caso de fallecimiento del paciente desatendido, con prisión de 4 a 6 años.
Capítulo V – Aplicación de la Ley
Art. 14- La presente Ley obliga a todos los centros de salud del país.
Art. 15- Es obligación de todos los centros de salud mantener ejemplares de esta Ley y exhibir el texto de los derechos del paciente en lugares visibles para el público.
Art. 16- Todos los centros de salud están obligados a exponer las tarifas por sus servicios.
Art. 17- La Presidencia de la República, dicta el Reglamento de aplicación de la Ley. Artículo final- Vigencia al publicarse en Registro Oficial y de su ejecución se encarga el MSP. Dado en San Francisco de Quito, 10 enero 1995.

Tabla 4. Derechos del médico y obligaciones del paciente.

Derechos del médico:	
1.	Derecho a ejercer la profesión una vez cumplidos los requisitos legales.
2.	Rehusarse a prestar servicios contrarios a la moral y que interfieran el libre ejercicio profesional.
3.	Derecho a recibir trato digno de parte de los pacientes y familiares.
4.	Derecho a recibir remuneración por su trabajo.
5.	Derecho a intervenir sin autorización en casos de urgencia.
6.	Derecho a solicitar junta médica.
7.	Derecho a la propiedad intelectual sobre sus trabajos.
8.	Derecho al buen nombre y honra.
9.	Derecho al debido proceso y a la defensa.
Obligaciones del paciente:	
1.	Colaborar en el cumplimiento de las normas institucionales.
2.	Tratar con respeto al médico, a los paramédicos, a otros pacientes y a los acompañantes.
3.	Firmar el documento de salida voluntaria o de no aceptación de los tratamientos propuestos, cuando así lo decida.

La familia del paciente es un apoyo muy importante y a la cual hay que darle toda la información de la evolución del tratamiento de manera permanente. Hay que explicar con toda paciencia, que la medicina es una profesión con **obligación de medios y no de fines**, por lo cual, no se puede ofrecer resultados, ya que cada paciente es diferente como habíamos manifestado anteriormente. En el caso de perder al paciente, la familia puede reaccionar con enemistad y venganza, si no se informó de la manera correcta.

La **institución de salud** debe proveer todo lo necesario para que el acto médico se realice con calidad, calidez, oportunidad y eficiencia;

debiendo asumir la corresponsabilidad en el caso de demandas que se justifiquen.

El acto médico y la Ley

Todo acto médico, diagnóstico o terapéutico, **vulnera algún bien Jurídico**; tales como la integridad física con el riesgo del daño, la intromisión en la intimidad del paciente, la pérdida de libertad al indicar la hospitalización del paciente e inclusive la posibilidad de manipulación de la dignidad, según la óptica de cada

paciente; todo lo cual hace que este acto implique una gran complejidad que amerita establecer la atención más adecuada con la mayor humanidad.

Para el ejercicio de la profesión médica se requiere conocer plenamente todas las disposiciones legales nacionales, como las normativas del Ministerio de Salud Pública, el Código de Ética Médica de la Federación Médica Ecuatoriana, así como la Constitución de la República con sus leyes y decretos; e internacionales^[4-6] como los Derechos Humanos de las Naciones Unidas, los de la Organización Mundial de la Salud y en general otras tantas detalladas en la **tabla 2**; sin dejar de considerar aspectos derivados de la influencia ejercida históricamente por el Judaísmo y Cristianismo en relación a la Medicina. Además, es indispensable conocer los Derechos de los Pacientes^[7], que para el caso de Ecuador se han considerado en la **Ley de Derechos y Amparo al Paciente (Ley N° 77)**^[8], la cual se resume en la **tabla 3**.

Las demandas médicas

No obstante, los pacientes también tienen obligaciones que cumplir y el médico, a su vez, debe conocer los derechos que como profesional posee; **tabla 4**. El médico puede verse forzado a desempeñar sus funciones tanto en buenas condiciones o en malas condiciones de trabajo, con un medio ambiente insalubre, ritmo excesivo y horarios mal concebidos que pueden llevarle al *síndrome de Burnout* y, finalmente, incluso pasar por lugares peligrosos por la inseguridad ciudadana.

Las causas de demandas se dan principalmente en casos de emergencia, en las que la percepción del paciente usualmente es de no haber recibido la atención adecuada, o que el diagnóstico y tratamiento no fueron acertados. Para ejemplificar las causas de demanda, mencionemos un reconocido estudio, el de Hickson et al.^[9], donde se analizaron las respuestas de 127 madres cuyos bebés habían sufrido daño permanente o muerte por presunta causa obstétrica y que habían iniciado acciones legales entre 1986 y 1989. La razón más frecuente alegada fue que habían sido aconsejadas por otras personas. La mayoría de las veces este consejo había partido de alguien de la profesión médica y sólo en ocho oportunidades el consejo vino de alguien de la

profesión legal. Sólo una paciente fue abordada directamente por un abogado. Lo citado se resume en los siguientes alegatos: "No me advirtieron sobre las complicaciones" (70% de las veces), "Los médicos me engañaron" (48%), "Los médicos no me hablaban, ni respondían a las preguntas" (32%) o "no me escuchaban" (13%).

En 1994 se publicó un estudio en el *Lancet* por Vincent et al.^[10], basado en la información obtenida de 227 personas demandantes en el Reino Unido y que estaban en pleno juicio por mala praxis. La mayoría eran pacientes, pero otros (72 sujetos) eran padres o parientes reclamando a favor de un menor y 22 eran familiares de pacientes que habían fallecido. Se les pidió que dijieran, con sus propias palabras las causas del reclamo. La mayoría de las respuestas se podrían incluir bajo estos cuatro puntos: 1) Preocupación por el estándar de atención; 2) Deseos de explicaciones de lo ocurrido; 3) Compensación monetaria; y 4) Deseo de que alguien se haga responsable de lo ocurrido.

Beckman, en un artículo publicado en 1994 en *Archives of Internal Medicine*, analizó en los expedientes judiciales de 45 casos las respuestas dadas por los demandantes, ante preguntas realizadas por los abogados defensores y en presencia de ambas partes^[11]. Cuando se les preguntó por qué estaban demandando, el 70% identificó problemas de relación: 1) El médico principal no estuvo disponible; 2) No se mantuvo informada a la familia; 3) Los médicos no comprendieron los valores, ni la perspectiva del paciente o sus familiares.

¿Cómo evitar las demandas médicas? Para evitar demandas hay que superar tres barreras principales: 1) **Comunicación**, para establecer la mejor relación con el paciente y la familia; 2) **Documentación**, respecto a escribir todo acto médico de manera legible y con fecha y hora; y, 3) **Atención**, en base al uso de protocolos y/o guías de práctica clínica. Debe recordarse que todo acto judicial en contra del médico, se inicia con la captura de la Historia Clínica, por lo cual está por demás decir que debe llenarse y documentarse de la manera más diligente, ya que solo lo escrito es considerado validez del acto médico según los jueces.

Si esta dinámica es bien entendida por los pacientes y la sociedad, debe protegerse el ejercicio profesional de la medicina dentro de un marco jurídico adecuado. Es acertado que el Estado quiera normar todo un **Código Integral Penal (CIP)**, como está sucediendo en estos momentos en Ecuador; y es un momento histórico

para que la sociedad entera se dé cuenta que el ejercicio **legal** de la Medicina debe ubicarse dentro del ámbito civil, normado a través del Código de la Salud; mientras que el ejercicio **ilegal** de la Medicina, si debe tipificarse dentro del ámbito penal, con lo cual se permitiría, en especial a las futuras generaciones de médicos, seguir con la misma mística y vocación de servicio.

Si se aprueba, el CIP tal como ahora está tipificado y discutiéndose en la Asamblea Nacional, esto es, penalizando la práctica médica, con la *tipificación indiscriminada de delitos culposos y dolosos*, la Medicina puede volverse una profesión de alto riesgo, en la que el profesional pueda fácilmente ser sentenciado y encarcelado, con lo cual se desestimularía su ejercicio, no se asumirían los casos de pacientes críticos, proliferarían las demandas con el consiguiente encarecimiento de los costos, obligando a los médicos a tomar seguros de práctica profesional para defenderse y, por tanto, se ahuyentaría a que los jóvenes abracen esta noble profesión, con el consiguiente perjuicio a la misma sociedad.

Comentario final

Este es el momento de recuperar la dignidad del médico y debe ser la misma sociedad en su conjunto quien se pronuncie ante esta adversidad y juntos: los médicos, nuestras familias a quienes se estaría amenazando su bienestar, y los pacientes con su entorno, defendamos el ejercicio legal de la Medicina, proponiendo una Ley que no estigmatice al médico ni victimice al paciente, sino que más bien pretenda ser una verdadera **Ley de Seguridad del Paciente**, en la cual se engloben todos estos aspectos y permita un ejercicio profesional digno y seguro, en la cual el único beneficiado será el paciente, sin permitir la impunidad.

Finalmente, es oportuno recordar algunos aforismos que nos traen a la mente aspectos éticos, deontológicos, filosóficos que engloban principios fundamentales del pensamiento humano en la práctica médica:

"Es preferible una onza de prevención a mil kilos de arrepentimiento"

"Errar es humano. Ocultar los errores es imperdonable. No aprender de ellos no tiene perdón"

"El pronóstico oportuno de un padecimiento grave protege al arte médico contra acusaciones"

"La vida es breve, la ciencia extensa, la ocasión fugaz, la experiencia insegura, el juicio difícil. Es preciso no solo disponerse a hacer lo debido uno mismo, sino que además colaboren, el enfermo, los que le asisten y las circunstancias externas".

Conflictos de interés

Ninguno declarado por el autor.

Referencias

1. Potter VR. Bioethics: Bridge to the Future. New Jersey: Prentice Hall; 1971.
2. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of the Biomedical Ethics. 6th Edition. New York: Oxford University Press, 2009.
3. Gracia D. Primun non nocere. El principio de no maleficencia como fundamento de la ética médica. Madrid: Real Academia Nacional de Medicina; 1990.
4. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki. 59ª Asamblea General. Seúl-Corea: Asociación Médica Mundial, octubre 2008. Disponible en: <http://www.wma.net>
5. Asociación Médica Mundial. Manual de Ética Médica. Segunda edición. Francia: Asociación Médica Mundial, 2009. Disponible en: <http://www.wma.net>
6. Asociación Médica Mundial. Declaración de Ginebra. Revisada por la 173ª Sesión del Consejo. Francia: Asociación Médica Mundial, mayo 2006. Disponible en: <http://www.wma.net>
7. Estévez E, García Banderas A. Bioética de Intervención. Los Derechos Humanos y la Dignidad Humana. Quito: Ed. Imprenta Terán, 2009.
8. Congreso Nacional de la República del Ecuador. Ley de Derechos y Amparo del Paciente. Ley N° 77. Registro Oficial, Sup 626. Quito: 03 de febrero de 1995.
9. Hickson GB, Clayton EW, Githens PB, Sloan FA. Factors that prompted families to file medical malpractice claims following perinatal injuries. JAMA 1992; 267: 1359 – 63.
10. Vincent C, Young M, Phillips A. Why do people sue doctors? A study of patients and relatives taking legal action. Lancet 1994; 343: 1609 – 13.
11. Beckman HB, Markakis KM, Suchman AL, Frankel RM. The doctor-patient relationship and malpractice. Lessons from plaintiff depositions. Arch Intern Med 1994; 154: 1365 – 70.

Otras lecturas recomendadas

- Fierro Benítez R. Deshumanización de la Medicina y Bioética. Quito: Nueva Editorial C.C.E.; 1998.
- García Banderas A, Estévez E. Bioética Clínica. Escenario de la praxis médica. Quito: Ed. Imprenta Propumed, 2010.
- Gracia D. Fundamentación y enseñanza de la bioética. Bogotá: El Búho, 1998.
- Granda Ugalde E. La salud y la vida: Volumen 3. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2011.
- Milos P, Larraín A, Simonetti M. Humanidad y seguridad en la atención de pacientes. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo; 2010.
- Terragni MA. El delito culposo en la praxis médica. Buenos Aires: Rubinzal-Culzone Editores; 2003.
- Zurita Navarrete GR. Estado actual de las demandas. Cirujano General 2011; 33 (Supl 2): S141 – S146.

Medicine, Bioethics and the Law

Alarcón-Benítez A.
Rev Fac Cien Med (Quito) 2012; 37: 71-78

Abstract

Keywords
*Medicine, Bioethics,
Malpractice, Legislation,
Jurisprudence,
Physician-Patient relations.*

All medical, diagnostic or therapeutic act, infringes some legal right, such as physical integrity with a risk of injury, the intrusion into the privacy of the patient, the loss of freedom with the indication of inpatient hospitalization and even the possibility of manipulation of dignity according to each patient's perspective, all of which becomes the medical act a subject of great complexity. For the exercise of the medical profession the physician requires knowledge of national laws (regulations of the Ministry of Public Health, Code of Medical Ethics of the Ecuadorian Medical Federation) and international regulations. However, doctors also should know their rights and the obligations of patients.