

Manual de Ética

Quinta Edición

Lois Snyder, JD, and Cathy Leffler, JD, por el comité de Ética y Derechos Humanos,
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 quinta edición del *Manual de Ética* del American College of Physicians se cubren los asuntos emergentes en la ética médica y se vuelven a revisar 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, al reiterar los principios éticos que han ofrecido orientación para solucionar problemas en el pasado, el manual podría ayudar a los médicos a evitar problemas en el futuro. El *Manual* no es un sustituto de la experiencia e integridad del médico, pero puede servir como recordatorio de las obligaciones y los deberes comunes a todos los que ejercen la profesión médica.

Ann Intern Med 2005;142:560-582.

El secreto de la atención del paciente está en interesarse por él.

- Francis Weld Peabody (1)

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

En ésta, la quinta edición del *Manual de Ética* del American College of Physicians, se examinan asuntos emergentes de la ética médica y se vuelven a revisar otros más antiguos que continúan siendo muy relevantes. Los cambios que se han hecho al *Manual* desde su última revisión en 1998 incluyen secciones que se han ampliado sobre el profesionalismo médico, las pruebas genéticas, el entorno cambiante del ejercicio de la medicina y la "atención médica administrada"; la relación médico paciente, "evaluaciones por terceros", la confidencialidad, privacidad, cuidados médicos complementarios y medicina alternativa, disposiciones del paciente en cuanto a recursos médicos, el consentimiento bajo información para la donación de órganos y tejidos, y la certificación de discapacidades. Se tratan asuntos como la relación del médico con la industria, responsabilidad de los pacientes, los derechos sobre la salud y

el individuo, su seguridad, los cuidados y decisiones del paciente al final de la vida, suicidio asistido, prisioneros como pacientes, huelgas por médicos, relación del médico con los interconsultantes y el equipo de salud, y ética en la investigación médica. También se ha añadido un método de casos para la toma de decisiones éticas (Apéndice).

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 (2,3) y a otras fuentes de información (4-9) que analizan más a fondo el rico patrimonio y herencia 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 en

lo 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 puntos de vista 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 distinguir entre las obligaciones éticas y legales al tomar decisiones clínicas, asimismo 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 como las consecuencias jurídicas de las acciones de un médico, mismas que pueden variar de un estado o país 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 y especialmente la ética médica, lo hacen. 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 (10). A partir del principio de respeto por la autonomía se derivan las reglas de veracidad. 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 para solucionar estos dilemas deben contar con virtudes como la compasión, valor y paciencia ante cada uno de los aspectos del ejercicio profesional.

Además, las consideraciones sobre justicia deben informar al médico su función como ciudadano y sobre las decisiones clínicas

acerca de la asignación de recursos. El principio de justicia distributiva exige que tratemos de distribuir equitativamente los recursos y por lo tanto 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 el papel tradicional del médico como el defensor del paciente.

Los sistemas de atención médica están cambiando. Las localidades donde se brinda atención médica están cambiando y han aumentado en número; la atención médica administrada continúa cambiando y 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 general y con frecuencia la prensa cubre el debate sobre ellos. A través de la legislación, medidas administrativas o decisiones jurídicas, el gobierno cada vez se involucra más en la ética médica. Hoy, la convergencia de diversas fuerzas —los avances científicos, la educación de los pacientes y el público en general, los derechos civiles y la organización de los consumidores, el Internet, 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, ya sea en la atención clínica, la investigación, la docencia y hasta como ciudadanos. Es crucial que se escuche una perspectiva médica responsable a medida que se toman las decisiones por la sociedad.

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, seguido por una serie de reportes realizados por la Comisión Presidencial Estadounidense para el Estudio de Problemas Éticos en Medicina, la Investigación Biomédica y Conductual. En esos entonces y aún ahora, los asuntos importantes incluyen el consentimiento bajo información (11, 12), el acceso a la atención médica (13), pruebas de tamizaje genético e ingeniería genética (14,15), así como la renuncia y el retiro de tratamientos para mantener la vida (16,17). Estos y otros asuntos —el SIDA, suicidio asistido por médicos, el médico como empresario, cambios tecnológicos como el uso cada vez mayor de los expedientes médicos computerizados— 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. El American College of Physicians 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 aquellos 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 crítica y la discusión de las políticas públicas y jurídicas en lo que concierne a los difíciles temas éticos que enfrentan los pacientes, los médicos y la sociedad.

Profesionalismo

La medicina no es un negocio para aprender, sino una profesión en la cual adentrarse (1). Una profesión se caracteriza por un cuerpo de conocimientos especializados que son de gran valor para la sociedad. Los miembros que la conforman tienen el deber de enseñar y expandir este conocimiento, así como conducirse por el deber de servir por medio de un código de ética -el cual antepone el cuidado del paciente ante el propio interés- y por el privilegio que nos da la sociedad para autorregularnos. La esencia del profesionalismo es el autogobierno (18).

Los médicos deben en lo individual y en lo colectivo ejercer plenamente los deberes de

la profesión. Aunque las influencias externas que convergen sobre la medicina y la relación médico-paciente son muchas, los fundamentos éticos de la profesión deberán tenerse siempre en mente (19).

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 el y su paciente.

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 respetar la dignidad de todas las personas y su individualidad. 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.

Desde el principio y durante toda 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 estén de acuerdo en cuál es el problema y el objetivo del tratamiento, el médico presentará 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 desde el punto de vista profesional, actuar con responsabilidad, solicitar el apoyo de interconsultantes cuando sea necesario y tratar al paciente con bondad y respeto. El paciente debe participar responsablemente en la atención y entender y dar su consentimiento para el tratamiento que se suministre o negarse a recibirlo si fuere el caso.

Una comunicación efectiva es crucial para una sólida relación médico-paciente. Si esta se diera por e-mail, podría suplir una entrevista siempre y cuando se lleve a cabo bajo ciertas normas (20), y tomar en cuenta podría no ser efectiva para todos los pacientes.

El examen físico deberá efectuarse con cuidado y respeto; en un lugar apropiado y con privacidad. Se puede ofrecer un chaperón al paciente para el examen físico, o ser solicitado por el médico si lo juzga necesario. Deberá tomarse el tiempo necesario para las preguntas pertinentes relacionadas a la salud, hábitos, relaciones, sexualidad, vocación, religión y espiritualidad del paciente.

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

Por historia, tradición y el juramento profesional, los médicos están obligados moralmente a proporcionar atención a los enfermos. Aunque esta obligación es colectiva, cada médico en lo individual está obligado a colaborar con una parte equitativa a fin de asegurar que todos los enfermos reciban un tratamiento adecuado. Un médico no debe discriminar a ninguna clase o categoría de pacientes (21).

La relación individual médico-paciente se forma sobre las bases de un mutuo acuerdo. En ausencia de una relación preexistente, el médico no está éticamente obligado 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, arreglar para el paciente el seguimiento médico adecuado. Los médicos que adquieran compromisos mediante contrato están obligados a proporcionar

atención a los beneficiarios de los planes de atención médica en los que participen.

Los médicos y pacientes pueden tener conceptos distintos sobre el significado de los problemas médicos y su resolución. La atención del paciente y la satisfacción de ambas partes se beneficiará si el médico y el paciente discuten sobre sus inquietudes y expectativas. A pesar de que el médico debe atender las inquietudes del paciente, esto no significa que se efectúe a costa de infringir sus valores personales fundamentales, los estándares del ejercicio científico y ético de la profesión ni la ley. 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 previa notificación al paciente por escrito. En estos casos y con la autorización del paciente, transferirá la información del expediente clínico a otro médico y verificará que existan los recursos necesarios para que su atención médica sea adecuada. Se tomarán las precauciones necesarias para que la salud del paciente no se ponga en riesgo en el proceso y al mismo tiempo se asegure la continuidad de la atención médica. El abandono del paciente no es ético y es punible por la ley. El que el Médico dé por terminada la relación es algo serio, especialmente si el enfermo está extremadamente grave, y debe acometerse sólo después de intentos genuinos de entender y solucionar las diferencias. El paciente tiene la libertad de cambiarse de médicos y el derecho a la información contenida en el expediente clínico.

Evaluaciones médicas por terceros

El evaluar pacientes a nombre de “terceros” ya sea como médico empleado por la industria de los seguros etc. o como un evaluador médico independiente tiene

implicaciones éticas particulares en la relación medico-paciente. En este contexto, El medico debe informar al paciente que la evaluación médica que se llevara a cabo será por interés de un tercero y al mismo tiempo debe asegurarse de que el paciente entienda que los aspectos tradicionales de la relación medico-paciente, incluyendo la confidencialidad pueden no aplicar. El médico obtendrá el consentimiento del paciente para que se lleve a cabo la evaluación médica a nombre de un tercero y para informar los resultados. Asimismo ejercerá un juicio medico libre de influencias. Informará al paciente de los resultados de la evaluación y recomendará la participación de un interconsultante si los resultados de la evaluación así lo sugieren (22,23).

Confidencialidad

La confidencialidad es un principio fundamental de la atención médica. Cada vez es más difícil mantener la confidencialidad en esta era de registros computarizados y de procesamiento electrónico de datos, envío por fax 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 de la salud. La confidencialidad tiene que ver con respetar la privacidad de los pacientes, animarlos a buscar atención médica, discutir sus problemas y prevenir su discriminación por su condición médica. El médico no deberá revelar la información médica de un paciente sin el consentimiento del mismo.

Asimismo, la confidencialidad no es absoluta, pues podrá no respetarse para proteger a otros individuos o al público, o para revelar información en caso de que la ley lo requiera. En estos casos, el médico deberá hacer todo lo que sea necesario para discutir esta eventualidad con el paciente. Si violar la confidencialidad es necesario, se deberá hacer minimizando al máximo el daño para el paciente y a la vez que cumpla las correspondientes leyes estatales o federales.

El medico estará conciente del aumento del riesgo de invasión a la privacidad de sus pacientes y ayudara a asegurar y garantizar la confidencialidad; deberá también tener en mente los requerimientos legales estatales y

federales incluyendo la regla de privacidad de The Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPPA) (24,25). Los médicos dentro de sus instituciones deberán apoyar las políticas y procedimientos que protejan la confidencialidad de los expedientes médicos.

Para fomentar el profesionalismo y proteger la privacidad de sus pacientes, los clínicos deberán limitar las discusiones referentes a sus pacientes y lo relacionado a su atención solo al ámbito profesional. El que profesionales 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 su atención 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 médicas y en su relación con el resto del equipo de salud (26). 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 (27). El médico no está obligado a mantener esos secretos frente al paciente. Se debe exhortar al informante para que hable directamente con el paciente y que lo anime a comunicar esa información al médico. El médico debe mostrar delicadeza y sensibilidad al usar su criterio para decidir si usará la información así recibida y si revelará su fuente al paciente. El médico siempre

debe actuar de acuerdo a lo que mejor convenga al paciente.

El paciente y la historia clínica

La historia clínica deberá contener información precisa y completa. Desde el punto de vista ético y legal, 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 como lo estipula la regla federal HIPPA. El médico siempre proporcionara la información solicitada por el paciente, o en su caso a un tercero previa autorización. La información no podrá retenerse por falta de pago de gastos médicos. Los médicos deben conservar el original del expediente y atender la solicitud del paciente con copias, o resúmenes 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 legalmente autorizado.

Si el médico dejara de ejercer por alguna causa o si fallece, deberá notificarse al paciente y entregar o enviar el historial clínico a otro médico según las instrucciones del paciente.

Revelación de información

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

Independientemente de lo incómodo que sea para el médico o para el paciente, este debe dar a conocer la información que sea esencial para el paciente. Cómo, cuándo y a quién dar a conocer la información son cuestiones importantes y que se acataran de acuerdo a los deseos del paciente.

En la tradición occidental se da gran importancia a los derechos del individuo y a una detallada revelación de la información. Sin embargo, algunos pacientes prefieren una información mas limitada o que se informe a algún miembro de su familia (28).

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 al ritmo de la comunicación, 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 (29,30). Si el paciente no puede comprender su padecimiento, debe darse a conocer a fondo a un familiar o representante.

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 inapropiada, negligente o no ética, pero el no revelarlos puede serlo.

Consentimiento bajo información

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

El consentimiento puede ser explícito o implícito. El consentimiento explícito sucede más a menudo en un marco hospitalario, donde se da el consentimiento escrito o verbal para una intervención medica en particular. En muchos encuentros médicos, cuando el paciente se presenta ante el médico para evaluación y atención medica, puede suponerse que se ha dado el

consentimiento. Se explican la naturaleza del padecimiento subyacente y las opciones de tratamiento que finalmente se acepta 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 bajo información va más allá de la cuestión de si el consentimiento se expidió para un tratamiento o intervención. Más bien, se centra en el contenido y proceso del consentimiento. Se requiere que el médico 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 bajo información 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 reservas sobre una recomendación en particular. Una vez que los pacientes y médicos convengan en un plan de acción, los pacientes deben 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, los objetivos, las alternativas, los resultados posibles y los riesgos que implica el tratamiento que se propone.

Se consideran competentes 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. Evaluar la capacidad de comprensión de un paciente puede ser muy difícil. En ocasiones la capacidad de tomar decisiones por el paciente se evalúa durante una decisión en un momento en particular. La capacidad para expresar un deseo en particular puede coexistir con la incapacidad para tomar decisiones más complejas. Mientras más graves sean las consecuencias de una decisión, mayor será la prueba requerida por el médico de que el paciente es capaz de comprender las consecuencias de la toma de decisiones.

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. De ser posible estas decisiones se deberán acordar en conjunto entre médicos, responsables o tutores y otros personales de la salud. 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. También el médico debe alentar al paciente a discutir con su familia y amigos sobre sus deseos a futuro y redactar directrices anticipadas o un poder notarial para su atención médica (31,32). Si no se puede llegar a un acuerdo entre las partes, el comité de ética del hospital puede ayudar. Se acudiría a los juzgados solo cuando sea para beneficio del paciente, como por ejemplo para establecer la custodia de un familiar sin amistades o incompetente, para resolver problemas cuando otros métodos han fallado, o en su caso cuando la ley lo solicite.

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 (33). En tales casos, el médico debe guiarse por su conciencia y según lo que dispongan las leyes.

Pruebas genéticas

Las pruebas presintomáticas o de tamizaje genético y de diagnóstico presentan nuevos problemas de educación, asesoramiento,

confidencialidad y justicia. Este tipo de pruebas puede permitir a los médicos predecir enfermedades o detectar 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 muy particulares, ya que identifican el riesgo de enfermedades que implican 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 médicos con especialidad en genética es pequeña y es poco probable que corresponda al crecimiento exponencial de pruebas genéticas, cada vez más la responsabilidad de comunicar los resultados de las pruebas genéticas recae en el médico. Únicamente los médicos que estén familiarizados con las habilidades necesarias para la educación y el asesoramiento previo y posterior a las pruebas deben realizar pruebas genéticas (34,35). En estos casos el clínico discutirá con el paciente el grado en que cierto riesgo genético en particular correlaciona con la posibilidad de desarrollar la enfermedad. Si el médico no está calificado para esto o no está seguro, deberá referir al paciente con el profesional capacitado para hacerlo. No se deberán efectuar pruebas genéticas sin estar seguros antes de que el paciente entienda las potenciales consecuencias de conocer esta información, como el impacto de la información sobre el bienestar del paciente,

implicaciones para los miembros de la familia y el potencial adverso de usar esa información en forma indiscriminada por aseguradoras, empleados u otras instituciones.

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 deben 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 seguros médicos, de vida y el aspecto 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.

Riesgo médico para el médico y el paciente

Tradicionalmente, el imperativo ético de que los médicos proporcionen atención ha sobrepasado 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, la potencial exposición ocupacional al VIH, la tuberculosis resistente a múltiples fármacos, síndrome agudo severo respiratorio (SARS) y

a la hepatitis viral hacen necesario reafirmar el imperativo ético (36).

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. Se espera que los profesionales de la salud 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 médica a una clase de pacientes, por cualquier razón (37).

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 médica directa si se hace evidente que el riesgo asociado con el contacto o con una intervención es significativo, a pesar de haberse tomado 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. 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, 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 y 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. La medicina alternativa o complementaria como la define el Centro Nacional de Medicina Alternativa y Complementaria “es un grupo de productos y diversas prácticas médicas y de atención a la salud que no son considerados actualmente como parte de la medicina convencional” (38). Las practicas

populares de curación (Folk healing) son también comunes en varias culturas (39). A la solicitud del paciente de tratarse con una terapia alternativa se requiere 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. El médico debe estar seguro de que el paciente entiende su padecimiento, las opciones de tratamiento médico y los resultados esperados. El médico deberá preguntar a sus pacientes acerca de si están utilizando algún tipo de cuidado alternativo y complementario, ya que la mayoría de éstos, por lo general, no revelan al médico acerca de sus actuales prácticas (40). El médico debe animar al paciente que solicite un tratamiento alternativo a que busque literatura e información de fuentes confiables (41). Deberá 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 deberá estar pendiente del impacto potencial de la medicina alternativa en su paciente. La decisión del paciente de recibir tratamiento alternativo por sí sola no debe ser causa que deteriore 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 o estatus adecuado de discapacidad. Los formularios para evaluación de discapacidades o los certificados de incapacidad deben contestarse en forma veraz, honesta y oportuna.

Los médicos a menudo se encontrarán con pacientes cuyos problemas podrían no adecuarse a las definiciones estándar de discapacidad, pero quienes, sin embargo, parecen merecer la asistencia (por ejemplo, el paciente pudiera contar con vivienda o

recursos muy limitados. 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, del examen físico o un consejo incompleto sobre puntos muy sensibles para la salud. La proximidad emocional del médico pudiera tener como consecuencia la pérdida de objetividad incluyendo que las necesidades del paciente puedan no corresponder con el área de su especialidad (42). Si el médico decidiera tratar a una amistad cercana, un pariente o un empleado debido a la necesidad, el paciente deberá transferirse a otro médico tan pronto sea práctico. Las peticiones de atención por parte de empleados, parientes o amistades deben solucionarse ayudándoles a que obtengan la atención adecuada con otro médico. En estos casos el médico solo desempeñará la función de un asesor informado y afectuoso.

Contacto sexual entre el médico y su paciente

Debido a fenómenos de dependencia, confianza y transferencia, así como por la desigualdad de poder en la relación médico-paciente, existe una mayor vulnerabilidad por parte del paciente, lo cual requiere que el médico no entable relación sexual alguna con sus pacientes. No es ético que un médico se involucre sexualmente con un paciente, incluso si el paciente inicia y acepta el contacto sexual.

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

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" (43). 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 (44).

Privacidad

En ciertas ocasiones, el médico puede preguntar al paciente si desea que un chaperón este presente durante el examen médico, esto contribuye al confort entre paciente y médico sobretodo en pacientes de diferente cultura y género. La confidencialidad durante el examen médico se mantendrá a pesar de la presencia del chaperón.

Regalos de pacientes

El médico deberá tomar en consideración las implicaciones que pueda tener el aceptar un regalo en la relación médico-paciente, la naturaleza del regalo, la probable motivación y las expectativas del paciente. Un regalo trivial como muestra de aprecio no es desde el punto de vista ético problemático, pero sí lo es, la aceptación de un regalo para favorecer un tratamiento; esto subestimaría el profesionalismo pudiendo interferir con la objetividad en el cuidado del paciente (45).

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 en forma individual y la comunidad médica en general deben comprometerse a tener una

comunicación efectiva (46) y suministrar atención bondadosa y competente a los pacientes que están muriendo y a sus familias (47).

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 y su familia, 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 los cuidados paliativos implican atender las necesidades físicas, psicosociales y espirituales del paciente, y que este podría, en ocasiones requerir tratamiento paliativo en un contexto hospitalario de atención aguda (48-50). A fin de ofrecer cuidados paliativos, el médico debe tener conocimientos actualizados sobre el uso adecuado de narcóticos opioides y sobre la legalidad y lo apropiado de usar altas dosis de narcóticos opioides según se requiera, para paliar el sufrimiento. El médico debe saber cómo remitir pacientes para cuidados paliativos, cómo aplicar estos cuidados para desahuciados en el hogar y en las instituciones y estar consciente de las capacidades para este tipo de atención en los asilos de ancianos a los que remite a sus pacientes.

Las familias de los pacientes que estén cercanos a la muerte deberán estar preparadas para el curso de la enfermedad y las opciones de cuidado en estos casos (51). Los miembros de la familia deben tener la opción de estar presentes cuando los médicos practiquen la reanimación cardiopulmonar. Las diferencias culturales al acercarse el final, deberán ser respetadas así como en otros tipos de cuidado. Las diferencias en creencias, valores y prácticas en el cuidado de la salud pueden ser un reto para el médico. Dependiendo de su confort y

experiencia previa con las diferencias culturales, el médico también podría asistir a la familia y miembros allegados que experimenten dolor después de la muerte del paciente (52).

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 (53). 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 de autodeterminación que otorga la sociedad y en el interés de la libertad del paciente en virtud de la Constitución de Estados Unidos (54).

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 de empatía, de exploración meditada de todas las posibilidades, de negociación y compromiso, y podría exigir también ensayos clínicos de tiempo limitado y consultas adicionales.

En la circunstancia, poco usual, de que no exista 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 de la atención médica a otro médico que esté dispuesto a llevar a cabo la preferencia del paciente pudiera solucionar el problema.

Podría ser útil consultar a un comité de ética. En ocasiones y por fortuna poco frecuentes, 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 pueden variar.

Directrices anticipadas

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 sobre su 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 la atención médica (directrices anticipadas) a los pacientes adultos competentes durante visitas ambulatorias, animarlos a que hablen sobre sus valores y preferencias con sus representantes y parientes cercanos en caso de surgir una crisis en la atención del paciente. 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 acordar planes para asegurar 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 se lleva a cabo durante las conversaciones con el médico (con documentación en la historia clínica) o mediante directrices médicas anticipadas por escrito, como lo es el testamento biológico (living will) o el poder notarial para la atención médica (55). 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.

El testamento biológico 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 curso clínico a futuro complica la interpretación del testamento y enfatiza la necesidad de que médicos y pacientes hablen sobre las preferencias del paciente antes de que surja una crisis médica. Hablar sobre la atención médica futura es un método eficaz de planificación. Algunas leyes estatales limitan la aplicación de las directrices médicas anticipadas a las enfermedades terminales o establecen que las directrices médicas anticipadas no son pertinentes si, por ejemplo, la paciente estuviera embarazada. Muchos estados cuentan con documentos que combinan el testamento biológico y el poder notarial para la atención médica en un solo documento. Algunos especifican requisitos de que existan testigos que suscriban el documento.

Es deseable que el médico tratante y cualquier otro personal clave en la atención médica del paciente incluyan las directrices médicas anticipadas en forma escrita en la historia clínica del paciente, estas deberán

estar accesibles para los profesionales de la salud sin importar el lugar donde se brinde la atención médica. Algunos estados tienen sistemas para documentar ordenes o tratamientos en momentos cercanos a la muerte; tales como el formulario de *Oregon's Physicians Orders for Life-Sustaining Treatment (POLST) form (56)*.

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 familiar, tutor legal o una persona que conozca al paciente y le tenga afecto. Cuando se toma la decisión de suspender el tratamiento, muchas personas dan la mayor importancia a si el padecimiento o condición clínica es irreversible o si la dependencia en los equipos especiales de mantenimiento de la vida es irreversible, si se ha perdido la capacidad para interactuar socialmente o que si la gravedad del caso hace a la muerte inevitable. 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 (57,58).

Retirar o no suministrar el tratamiento

Retirar el tratamiento o no suministrarlo es igualmente justificable, desde el punto de vista ético como legal. 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, deberá celebrarse una sesión para revisar y modificar el plan de tratamiento. Algunos profesionales de la salud, médicos 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 cardiorrespiratorio 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 cardiorrespiratorio 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 reanimación cardiopulmonar, las pláticas sobre este tema a menudo arrojan una revisión de los objetivos más amplios y de los medios del plan de atención médica. Se debe informar cuidadosamente a todo el equipo de salud sobre la índole de estos cambios. En las órdenes o peticiones de que no se efectúe la reanimación cardiopulmonar se deben 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 de atención del paro cardiorrespiratorio lentos”) (59).

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 a su relación con su ser querido

bajo esas circunstancias merecen especial atención. Aunque no es necesario que el médico realice un esfuerzo de reanimación que sea inconcebible que restaure la circulación y respiración, el médico deberá 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 de “no 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 frecuentes. Una plática exhaustiva con los familiares sobre este tema debe incluir las indicaciones para la reanimación 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.

Certificación 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 (ventilación mecánica, uso de vasopresores) excluye el uso de los 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.

Trasplante de órganos sólidos

Existe la necesidad, no satisfecha, 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 o quirúrgicos. La oportunidad ideal para abordar esta donación deberá efectuarse durante las visitas al consultorio, cuando se hable sobre planificación anticipada de la atención médica, antes de que la necesidad surja. 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.

La donación de órganos requiere de atención por parte del grupo médico en no crear un conflicto, entre la atención de un posible donante y las necesidades de un posible receptor (62). La atención de un posible donante debe mantenerse separada de la del receptor. El médico del posible donante no debe ser responsable de la atención del receptor ni participar en la obtención de 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 mantendrá 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.

Otra de las grandes preocupaciones atañe a quién debería pedir esta donación. Bajo las leyes federales y estatales el médico debe ofrecer la opción a las familias de la donación de órganos sobre todo a los que tengan familiares enfermos con riesgo de muerte inminente. Para evitar conflictos de interés, los médicos que realicen el trasplante, o que se interesen en el cuidado del posible

receptor, no deberán involucrarse en la petición ni en la obtención de órganos.

Los médicos que atiendan al posible donador deben tratar a los familiares con sensibilidad y compasión. Se preguntará si existen disposiciones o preferencias expresadas por el paciente previamente sobre la donación. Sin embargo, solo un procurador de órganos que haya completado su entrenamiento en una organización de procuración de órganos podrá iniciar la solicitud de petición. Esto solo incluye a médicos que hayan sido capacitados en este entrenamiento (63).

Mientras que los intentos para incrementar el número de órganos disponibles para trasplante es un propósito noble, el uso de incentivos financieros para alentar la donación suscita dudas y cuestionamientos éticos, como por ejemplo el posible tratamiento de los humanos como “objetos de uso” (*commodities*) y el riesgo potencial para la explotación de familias de bajos ingresos o recursos económicos limitados. Más aún, la simple apariencia de esta explotación pudiera ser contraproducente al propósito de aumentar la disponibilidad de órganos. La compensación económica indirecta (en forma retrospectiva) por los gastos generados es menos probable que se cuestione.

Una nueva preocupación surge con el advenimiento de la donación del llamado “Donador cadavérico con corazón sin latir”. Este procedimiento permite a pacientes que no cubren los criterios de muerte encefálica - pero que sus parientes cercanos están considerando el cese del soporte médico— sean considerados como potenciales donadores de órganos. El soporte médico podrá discontinuarse bajo condiciones controladas. Una vez que el paciente cumple los criterios cardiorrespiratorio tradicionales de muerte, y después de un cierto periodo de tiempo que permita la certificación clínica de muerte sin comprometer indebidamente las oportunidades de un trasplante exitoso, los órganos pueden ser tomados. Tal como en la donación de órganos en individuos con muerte encefálica, el cuidado del posible donante y la solicitud a la familia deberá ser por separado del equipo de salud del posible receptor. La decisión de discontinuar el soporte de vida deberá separarse del

consentimiento de la donación, y la petición deberá ser solicitada solamente por el procurador de órganos. Puesto que estos posibles donantes pueden no morir de inmediato después del retiro del soporte médico (ventilación mecánica, vasopresores), no es ético – antes de la declaración de la muerte - utilizar algún tratamiento dirigido a preservar órganos para la donación, si es probable que éste cause síntomas o que comprometa la posibilidad de sobrevivir del paciente.

Pérdida irreversible del estado de conciencia

Las personas que están en estado vegetativo persistente están inconscientes (64-66), pero no tienen muerte encefálica. No están conscientes de su entorno y carecen de la capacidad de responder con determinación a él. Debido a que su condición no es progresiva, 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 indicación médica para tratamientos que prolonguen la vida ni para el acceso a cuidados intensivos o a ventilación mecánica (67). Concluyen que estos pacientes no pueden obtener ningún beneficio 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 las decisiones acerca del tratamiento y cuidado médico para prolongar la vida del paciente, al igual que en los pacientes que no tienen capacidad de decisión, deberán tomarse de acuerdo a las directrices anticipadas si existen, o por un representante. Estas guiarán las decisiones sobre el tratamiento de apoyo 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.

Hidratación y alimentación artificial

La administración artificial de nutrición y líquidos es un tratamiento médico sujeto a los mismos principios de toma de decisiones médicas como cualquier otro tratamiento. En

algunos estados se requiere mucha evidencia antes de que las directrices anticipadas puedan aceptarse como evidencia firme de que un paciente no desearía recibir estos tratamientos, sobretodo en pacientes que no están padeciendo una enfermedad terminal, inconsciencia permanente o demencia avanzada. Por esto, los médicos deben asesorar a los pacientes para que redacten sus directrices anticipadas sobre atención médica y completen estas porciones del testamento con especial atención. Existe una preocupación infundada de que al interrumpir la alimentación por sonda enteral se ocasionará sufrimiento debido al hambre o sed, a pesar de que los protocolos de investigación clínica no lo apoyan. Los médicos deben tratar este tema con delicadeza con la familia y el resto del personal de la salud involucrados en la atención del paciente.

El suicidio asistido por médicos y la eutanasia

El debate acerca del suicidio asistido por médicos es muy importante para pacientes y médicos. Ambos grupos están a favor de facilitar el proceso de muerte, proporcionar el control adecuado del dolor, 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 del suicidio asistido.

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 de 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, padecen de dolor descontrolado o de sufrimiento o temores potencialmente reversibles (68). 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 acorta la vida (el "efecto doble") (69,70).

El Colegio no apoya la legalización del suicidio asistido por médicos (71). Después de mucha consideración el Colegio concluyó que legalizar el suicidio asistido por médicos implica serias cuestionamientos éticos, legales, clínicos y sociales y que su práctica podría minar la confianza de los pacientes y distraerse de la reforma de la atención adecuada de los pacientes en los momentos cercanos a la muerte. Las preocupaciones se centran particularmente en poblaciones vulnerables: los pobres, personas con enfermedades crónicas costosas, personas pertenecientes a minorías que han sufrido discriminación, personas con demencia, los discapacitados y niños.

El estado de Oregon ya legalizó la práctica del suicidio asistido por médicos y se están revisando experiencias (72,73). Otros estados pudieran legalizar esta práctica. El énfasis más importante del Colegio y sus miembros - incluyendo aquellos que pudieran participar en esta práctica legal - es que debemos asegurar que todas las personas que sufran de enfermedades graves puedan contar con buenos cuidados médicos cuando estén cursando la etapa final de una enfermedad terminal; previniendo o controlando el sufrimiento, cumpliendo el

compromiso hacia la dignidad humana y apoyando con la carga impuesta a los familiares y amigos del paciente. Los médicos y pacientes deben continuar buscando, conjuntamente, respuestas a estos problemas y dificultades que impone el vivir con una enfermedad grave, sobre todo al aproximarse la muerte. Es importante hacerlo sin violar los valores personales y profesionales de los médicos y sin abandonar al paciente ni dejarlo a solas en su lucha.

La ética del ejercicio de la medicina

El entorno cambiante del ejercicio de la medicina

Muchos individuos, grupos e instituciones participan en la toma de decisiones médicas y se ven afectados por dichas decisiones. En un entorno caracterizado por el incremento en la demanda de la atención médica el incremento en la regulación y la disminución de la autonomía profesional, el incremento de la inflación y la restricción significativa de recursos, la tensión y el conflicto son inevitables entre los pacientes, médicos, las compañías de seguros, compradores, gobierno, instituciones e industria de la salud. Sin embargo, todos estos agentes tienen la obligación de interactuar con honestidad, abierta e imparcialmente(74). Aunque esta sección del *Manual* se centra específicamente en las obligaciones de los médicos en este contexto tan cambiante, es esencial hacer notar que todos estos agentes tienen la responsabilidad de reconocer y ayudar para que el compromiso ético fundamental entre médicos y pacientes no se socave. Además, la preocupación sobre el entorno cambiante del ejercicio profesional para los médicos y pacientes asegurados no debe distraer nuestra atención de los problemas que enfrentan los que carecen de seguro. La atención a estas preguntas sobre la calidad y acceso requieren de un diálogo público donde estos agentes participen. Las decisiones sobre la asignación de recursos deben llevarse a cabo a través de un proceso de participación.

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 bajo información para seleccionar de entre todas las opciones de atención. Esto incluye el manejo de los conflictos de interés 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 deben ser lo central en el suministro de atención. Estos principios incluyen la beneficencia, honestidad, confidencialidad, privacidad y defensa cuando los intereses de los pacientes se vean 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 del que paga, o 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 en lo 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, los médicos no deben permitir que esas consideraciones afecten su juicio clínico o su consejo sobre las opciones de tratamiento, incluidas las interconsultas que dan al paciente (75). 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 individuales del paciente (76).

Los médicos también deben contribuir a la práctica efectiva y eficiente de los recursos para atención médica, a su uso y administración responsable. La autoridad y discreción clínica vienen acompañadas 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. La mejor información se debe reflejar en las recomendaciones de los médicos a los pacientes, los diseños de los lineamientos y formularios de consultorios, y en las presentaciones ante juntas de revisión de beneficios médicos. 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, se les debe informar de la lógica que subyace a la recomendación del médico.

Los sistemas de seguro médico no están obligados a asegurar estrategias que los pacientes puedan 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, independientemente de los obstáculos que pudieran desalentar al médico de hacerlo. Cuando los obstáculos disminuyen la atención para una clase de pacientes vulnerables debido a que los mismos son

menos capaces de autorepresentarse, los médicos deben abogar en su representación para que se les dé tratamiento equitativo (74).

Los pacientes podrían no entender o temer los conflictos de interés de los médicos y los múltiples compromisos que pueden surgir debido a la contención de costos de la atención administrada. Así pues, los médicos deberán informar a sus pacientes sobre posibles conflictos de interés y abstenerse de participar en arreglos que puedan poner en riesgo los estándares éticos y profesionales. 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 médicos deben de estar de acuerdo con las aseguradoras y otras organizaciones solo si pueden asegurar que estos acuerdos no violen los estándares éticos y profesionales. Los planes de atención administrada no deben 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 interconsultas apropiadas, el plan médico debe dar a conocer toda la información relevante sobre los beneficios, incluidas las restricciones, y sobre los incentivos financieros que pudiesen afectar negativamente el acceso de pacientes a la atención (77).

Cuando los pacientes se inscriben en planes de seguro reciben gran cantidad de información sobre las reglas que rigen los beneficios y el reembolso. El revelar información importante requiere de explicaciones claras y fácilmente entendibles. Los pacientes asegurados y sus familiares cargan con la responsabilidad de tener un entendimiento básico de las reglas de su seguro (74). Los médicos no pueden aconsejar a los pacientes y sus familiares sobre los detalles de los contratos y las disposiciones de seguros individuales. Sin embargo, los pacientes deben esperar que sus médicos cumplan con las reglas de las compañías de seguros a menos que el hacerlo amenace la salud del paciente. Los

médicos no deben colaborar con los pacientes –ni participar en esfuerzos– para estafar a las compañías de seguros.

Disposiciones financieras

Las relaciones financieras entre los pacientes y médicos varían desde el pago por servicio hasta los arreglos contractuales gubernamentales y el seguro prepagado. Los arreglos y las expectativas financieras deben 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 “co-pago” con fines de beneficiar a un paciente sin recursos económicos puede constituir fraude bajo las leyes actuales.

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

Los médicos que participen en prácticas de medicina de “boutique” deberán estar concientes de que al limitar la población y variedad de sus pacientes se arriesgan a no cumplir con la obligación profesional de cuidar de los pobres y de la credibilidad del compromiso de la medicina para servir a cualquier clase de pacientes que tengan la necesidad de atención médica (78).

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) (79-80), obsequios de la industria farmacéutica o arreglos comerciales concernientes a las referencias médicas. Los médicos deben estar conscientes de todas estas posibles influencias, por lo que sus acciones deberán estar guiadas por los mejores intereses del paciente y la atención médica óptima y no por otros factores. Los médicos que tengan posibles conflictos de interés financiero tales como investigadores, conferencistas, consultores, inversionistas, socios, empleados u otros, no deben comprometer su juicio clínico objetivo, ni los intereses del paciente o los temas de investigación (81). 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 o soborno de cualquier persona, incluso de una compañía que fabrica o vende instrumentos o medicamentos que se usan en la atención de sus pacientes. Los médicos no deben enviar pacientes a instalaciones ajenas, en las que tengan inversiones y en las que no suministran directamente la atención (82). 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, el uso inapropiado o la apariencia de uso inapropiado.

La venta de productos por el consultorio del médico puede ser considerado como una auto referencia de pacientes que puede afectar en forma negativa la confianza necesaria para mantener la relación entre médico-paciente. Muchos de los productos / medicamentos no deben venderse en el consultorio, y el Colegio ha tomado la postura de pedir a los médicos el considerar seriamente el aspecto moral de tomar esta decisión (83). El médico tampoco debe vender productos fuera del consultorio a

menos que estos sean específicamente relevantes para el cuidado del paciente u ofrezcan un beneficio claro basado en una evidencia de investigación clínica, y satisfagan la necesidad urgente del paciente. Si las barreras geográficas o temporales dificultan o hacen impráctico para los pacientes el hecho de obtener un producto médico relevante en el consultorio esto será aceptado como ético. Por ejemplo, una férula o unas muletas serían productos aceptables. Pero suplementos vitamínicos o artículos cosméticos que no son tratamientos de urgencia y que estén disponibles en cualquier parte, hacen la venta de estos sospechosa desde el punto de vista ético. El médico debe revelar al paciente sobre su interés financiero al vender productos aceptables e informar sobre sus alternativas al comprar el producto. Los costos por los productos vendidos a través del consultorio deben limitarse a un costo razonable y accesible para el paciente. No es ético vender muestras médicas.

Los médicos pueden invertir en valores de comercialización pública. Sin embargo, debe tener 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 subsidios de cualquier tipo procedentes 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 (84). Al seguir el lineamiento del *Royal College of Physicians*, "¿Estaría dispuesto a que todos conocieran esta situación?" (85), los médicos también debieran preguntarse, "¿Qué pensaría el público o mis pacientes acerca de esta situación?" "¿Cuál es el propósito de esta oferta de la industria?" "¿Qué pensarían mis colegas de este arreglo?" "¿Qué pensaría si mi propio médico aceptara este ofrecimiento?" (81).

Los médicos deben evaluar críticamente toda la información médica, incluso la proporcionada por representantes médicos, anuncios o programas educativos patrocinados por la industria. Si las

sociedades médicas profesionales aceptan ayuda de la industria u otro financiamiento externo, deberán estar conscientes del sesgo potencial y conflictos de interés (86), por lo tanto deben desarrollar y reforzar políticas explícitas que preserven el juicio independiente y el profesionalismo de sus miembros manteniendo los estándares éticos y la credibilidad de la sociedad".

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. La conducta de los médicos como profesionales y como ciudadanos 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 lesiones, violencia doméstica, abuso o negligencia y 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 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 y deben apoyar a la comunidad para que los que hacen las normas, políticas y lineamientos reconozcan y respalden las causas sociales y ayuden en solventar las enfermedades causadas por el medio ambiente; asimismo a incluir las preocupaciones que emanan por los derechos humanos, la pobreza y la violencia. Deben trabajar para garantizar el acceso a la atención médica a todas las personas, actuar para eliminar la discriminación en el cuidado de la salud y ayudar a corregir deficiencias en la disponibilidad, el acceso y la calidad de servicios médicos incluyendo los servicios de salud mental en la comunidad. El negar el cuidado oportuno a cierta clase de pacientes se considera no ético. Asimismo, las desigualdades en el cuidado médico como resultado de características personales tales como la raza, han recibido mayor atención y necesitan ser eliminadas (87).

Los médicos deben examinar como su propia actitud, sus conocimientos y sus creencias pudieran influenciar su habilidad para satisfacer estas obligaciones.

La salud y los derechos humanos están correlacionados; cuando la salud se promueve se promueven también los derechos humanos. La violación de estos tiene consecuencias dañinas para el individuo y para la comunidad.

Los médicos juegan un papel importante al promover la salud y los derechos humanos y al tratar la desigualdad social que incluye el cuidado de la población vulnerable, o sea los que carecen de seguro médico, las víctimas de la violencia o de las violaciones de los derechos humanos. Los médicos deben defender y participar en las iniciativas de seguridad de los pacientes incluyendo el error médico, evento centinela y "el casi omitir reportar el error". El error humanos en la atención médica no es raro (88), muchos de ellos son resultado de problemas del

sistema médico. Los médicos deben iniciar procesos de mejora y trabajar con sus instituciones colaborando en un esfuerzo progresivo para reducir los errores y mejorar el cuidado de la salud en todos los aspectos de su práctica.

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 a un tercer pagador con el fin de ayudar a su paciente para asegurar la cobertura o maximizar el pago, ni tampoco a proporcionar todos los tratamientos y diagnósticos sin considerar su eficacia (89). (Ver la sección "El entorno cambiante de la Medicina"). 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 eficaz y apropiada desde el punto de vista técnico. 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 mejor a nivel legislativo en lugar de totalmente en el contexto del encuentro individual entre médico y paciente. La política de asignación de recursos se logra mejor cuando ambas partes afectadas discuten la existencia de recursos y el grado de sus limitaciones, los costos adjuntados a varios beneficios y como balancear equitativamente todos estos factores.

Los médicos, los que hacen las normas, políticas y lineamientos, las aseguradoras y los pagadores deben participar en forma conjunta para promover y enfatizar el valor de la salud en la sociedad. Asimismo, promover la justicia en el sistema de atención médica y basar la asignación de recursos en la necesidades médicas de la población promoviendo el costo-efectividad y la 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 estar en contra de 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. 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 (90).

El acceso limitado al cuidado de la salud es una de las características más significativas de los sistemas correccionales y carcelarios en los Estados Unidos (91). Los médicos que tratan prisioneros como pacientes encaran retos especiales al balancear paralelamente los mejores intereses del paciente con aquellos del sistema correccional. A pesar de estas limitaciones, los médicos deben abogar por un tratamiento oportuno y elaborar un juicio médico independiente sobre lo que constituye el cuidado apropiado de los internos.

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. Ayudan a las instituciones a dar forma a las políticas y prácticas que se conforman con los estándares éticos más altos, ayudando a los individuos a tratar problemas éticos actuales

y futuros mediante la educación en la ética de la atención médica (92).

Las organizaciones acreditadas ahora requieren que los centros de atención médica dispongan de servicios para consulta ética que den servicio a las peticiones de pacientes, enfermeras, médicos entre otros (93). Los médicos deben estar conscientes que este recurso está disponible. La asesoría de estos servicios es guiada por la Sociedad Americana de Bioética y Humanidades (The American Society of Bioethics and Humanities) (94). Los Comités de ética deben ser multidisciplinarios y ampliamente representativos para asegurar las perspectivas necesarias para tratar los complejos problemas con los cuales son confrontados.

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. Deberá 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 clínico, 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 pudiesen 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 (95). 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 gastos incurridos como peritos.

Huelgas y otras acciones por sociedades (gremios) médicos

Los cambios en el ambiente de la práctica médica a veces afectan desfavorablemente la habilidad de los médicos para ofrecer a los pacientes una atención de calidad, ya sea interfiriendo con la autonomía del médico para ejercer un juicio clínico independiente o con su capacidad para mantener viable su práctica. Sin embargo, los esfuerzos del médico para abogar por cambios en el sistema de atención médica no deben incluir participación en acciones gremiales que afecten desfavorablemente el acceso a la atención médica o que resulten en una conducta que afecte en forma directa a los pacientes (96). Los médicos no deben comprometerse en huelgas "paros" en el trabajo, retrasos, boicots y otras acciones organizadas que estén diseñadas implícitas o explícitamente para limitar o negar el servicio a pacientes que por otra parte estarían disponibles. En general, los médicos deberían encontrar en lo individual y en lo colectivo alternativas para abogar tales como hacer cabildeo a los legisladores y trabajar para educar al público, a grupos de pacientes y a los que hacen las políticas y lineamientos relacionados con sus peticiones. Las

protestas y las marchas que constituyen una libertad de expresión y de actividad política pueden ser un modo legítimo para buscar apoyo, mientras que no impliquen decisiones gremiales para participar en acciones que perjudiquen a los pacientes.

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 religión, grupo étnico, nacionalidad, género, orientación sexual, edad o discapacidad. 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 enfermera (97).

Médicos tratantes y médico residente o en entrenamiento.

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 de medicina, médicos residentes 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 en entrenamiento. Los médicos tratantes deben tratar a los médicos en entrenamiento con el mismo respeto, empatía y compasión. En el entorno docente, se puede delegar en forma gradual a los residentes autoridad para la atención de pacientes bajo una supervisión adecuada. Todos los médicos en entrenamiento deben informar a los pacientes que atienden su

grado de capacitación o académico y en papel que desempeña en el equipo médico. Los médicos tratantes, jefes de servicio e interconsultantes deben 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 dudas sobre la capacidad de otros de desempeñar sus funciones. El entorno docente debe alentar a los médicos en entrenamiento a informar sobre las dudas sobre la ética que pudiesen presentarse (98).

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

Es necesario obtener un permiso previo autorizado por la persona competente autorizada por el paciente para realizar procedimientos de entrenamiento en un paciente recién fallecido. Se deberá preguntar si existen directrices anticipadas expresadas por el paciente concernientes a su cuerpo.

Interconsultas y la atención médica compartida

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 interconsultas siempre que ellos y sus pacientes sientan la necesidad de obtener asistencia para brindar una adecuada atención médica (99). El propósito, la naturaleza y las expectativas de la interconconsulta deberán ser claros y precisos para todos.

El interconsultante debe respetar la relación entre el paciente y el médico tratante, debe comunicar sus hallazgos y recomendaciones en forma oportuna y eficaz a los médicos que participan en el caso y debe obtener la aprobación del médico tratante para efectuar procedimientos importantes o interconsultas adicionales. El interconsultante debe informar también al paciente sobre los resultados de su evaluación y sus recomendaciones. La

atención del paciente y el expediente médico deberá regresarse al médico tratante cuando la interconsulta finalice, a menos que se acuerde de otra forma.

Los interconsultantes que necesiten estar a cargo temporalmente de la atención del paciente deben obtener la colaboración y consentimiento del médico tratante. El médico tratante que no esté de acuerdo con las recomendaciones del interconsultante está en libertad de pedir otra opinión. Los intereses del paciente deberán ser de primordial importancia en este proceso.

Las situaciones clínicas complejas pueden necesitar interconsultas múltiples. Para garantizar un esfuerzo coordinado que sea lo que más conveniente para el paciente, el médico tratante deberá permanecer a cargo de la atención integral, comunicándose con el paciente y coordinando la atención con base en la información obtenida de las interconsultas. El médico tratante continuará siendo responsable por la atención del paciente a menos que la responsabilidad se haya transferido formalmente a otro médico. La buena comunicación es la clave cuando el paciente esta al cuidado de un médico "hospitalista". El médico tratante deberá proporcionar al médico "hospitalista" la información actualizada y el historial clínico para poder tomar decisiones apropiadas. El médico "hospitalista" deberá mantener informado al médico principal sobre el curso clínico del paciente y proporcionará al médico tratante con una descripción completa y oportuna de la atención médica. El médico tratante discutirá de antemano y acordará los cambios en la medicación, y efectuar los arreglos para la atención subsecuente del paciente.

El médico con facultades menoscabadas o deterioradas

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.

El menoscabo podría ser consecuencia de fármaco-dependencia (alcohol u otras

sustancias) o de trastornos psiquiátricos, psicológicos o conductuales. También puede ser secundario a enfermedades que afectan las habilidades cognitivas o motoras necesarias para proporcionar una atención médica adecuada. La presencia de estos trastornos o el hecho de que un médico esté recibiendo el tratamiento correspondiente no necesariamente implica que este incapacitado.

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 (100). El médico que haga la identificación puede encontrar útil hablar sobre el asunto con el jefe del departamento o un integrante de alto rango del staff, o de la comunidad.

Aunque la responsabilidad legal de hacerlo varía de un estado entidad federativa a otro. Es claro que 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 deben 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 (101).

Revisión por colegas

Todos los médicos tienen el deber de participar en la revisión por colegas. Los temores de sufrir represalias, ostracismo por colegas, pérdida de referencias de pacientes u otros inconvenientes 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 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 tratamiento deficiente o malos tratos por parte de un colega sin evidencia sustancial. De cualquier forma el profesionalismo implica la membresía a una comunidad moral que se corrige a si misma.

De igual importancia, el médico está desde el punto de vista ético obligado con su paciente, la sociedad y la profesión a reportar a las autoridades correspondientes cualquier sospecha bien documentada sobre fraude, mala conducta profesional, incompetencia o 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. La confianza que los pacientes y el público confieren en los médicos requiere que se den a conocer estos casos a las autoridades correspondientes y también a los pacientes que corran riesgo.

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, restringir privilegios clínicos o para afectar la práctica 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 del paciente. La mejor atención del paciente es aquella 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 deberán hablar a fondo sobre el asunto. Los hospitales y clínicas deben contar con mecanismos para solucionar las diferencias de opinión entre los integrantes del equipo de atención del paciente. Los comités y consultores de ética son recursos apropiados.

La investigación

El progreso médico y las mejoras en la atención de pacientes dependen de la investigación innovadora y vigorosa. Esta se define bajo la "regla común" federal como una investigación sistemática que incluye el desarrollo de la investigación, pruebas y evaluaciones diseñadas para contribuir al conocimiento generalizado (102). La honestidad e integridad deben regir todas las etapas de la investigación, desde y la solicitud inicial para la subvención de fondos, hasta la publicación de los resultados. Los investigadores y las instituciones son en lo individual y colectivo responsables de asegurar que se cumplan las obligaciones de honestidad e integridad. El fraude en la investigación debe condenarse y castigarse. Los revisores de las solicitudes para subvenciones para trabajos de investigación y artículos de revistas deben respetar la confidencialidad de las ideas y la nueva información; 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. La contribución al conocimiento que puede mejorar la salud del hombre debe ser la motivación principal para el estudio científico. 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. Los médicos deberán estar conscientes o al tanto de conflictos de intereses cuando participen en o refieran

pacientes para estudios de investigación (103).

Investigación en humanos

La profesión médica e investigadores deben asumir la responsabilidad de garantizar que la investigación tenga un valor potencial considerable y que se efectúe éticamente. La investigación debe planearse cuidadosamente de manera que tenga una alta probabilidad de arrojar resultados útiles; minimizar los riesgos que correrán los pacientes y asegurar al máximo la seguridad; la relación entre beneficio y riesgo debe ser lo suficientemente alta como para justificar el esfuerzo de la investigación (104).

Los beneficios y riesgos de la investigación deben distribuirse imparcialmente y se debe tener especial precaución para evitar la explotación de poblaciones vulnerables.

El papel de médico y de investigador en forma simultánea de un paciente puede resultar conflictivo para discernir entre lo que es mejor para el protocolo de investigación y el mejor interés del paciente. Los médicos investigadores deberán revelar este conflicto a los posibles participantes en la investigación y mantener la salud y el bienestar del paciente como la consideración primaria del médico (105).

Los participantes en la investigación deben recibir información sobre la índole de la misma; que es acrecentar el conocimiento médico, y que puede o no resultar en un beneficio clínico. Deberá quedar claro al paciente que su participación en la investigación es voluntaria y no un requisito para continuar con su atención médica.

El paciente participante en la investigación o su representante autorizado (106) debe ser completamente informado sobre la índole de la investigación y los riesgos de la misma para que el o ella otorgue su consentimiento bien informado y libremente. Los médicos tienen la obligación ética de asegurarse que la información ofrecida para el consentimiento del paciente para su inclusión al protocolo de investigación sea apropiada y entendida por el paciente. Los clínicos que piensen en participar o referir pacientes a los estudios de investigación clínica deberán

estar bien informados sobre la aplicación de conductas responsables en investigación y la protección a los humanos o pacientes que participan en protocolos de investigación.

El uso de revisores independientes es un principio ético fundamental de la investigación. 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 válidos, razonables y que los participantes en la investigación estén adecuadamente protegidos, que la relación riesgo-beneficio sea aceptable y que la propuesta de investigación sea lo suficientemente importante, que el proceso para la obtención del consentimiento bajo información y la confidencialidad sean apropiados y adecuados. Los médicos-investigadores y los médicos que refieran pacientes para estudios clínicos tienen la obligación profesional de estar convencidos de que esos estudios cumplen con los estándares éticos.

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 o refieran pacientes, se interesen principalmente en los posibles participantes en estas investigaciones (107). 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 no deben abdicar la responsabilidad global de sus pacientes a quienes hayan remitido a un proyecto de investigación.

La responsabilidad de garantizar que los participantes en la investigación humana estén amparados por una protección razonable recae en los investigadores, la junta local de revisión institucional y la profesión médica en conjunto. La

investigación clínica está llena de riesgos para posibles conflictos.

Los médicos deben evitar situaciones en las que se les recompense por resultados específicos. Por otro lado los médicos que registren a sus propios pacientes en la investigación en sus consultorios tienen la obligación ética de revelar a sus pacientes si tienen o no una relación económica con los patrocinadores del estudio (81, 108). El dar o recibir pago por remitir pacientes a un proyecto de investigación no es ético, ya que genera un conflicto de interés para el médico (109). La compensación económica por el tiempo, esfuerzo y gastos involucrados en la investigación o el reclutamiento de pacientes es aceptable, cualquier compensación aportada más allá representa una ganancia y constituye y se percibe como un conflicto de interés no ético.

Mientras que la "Regla común" (Common Rule) y algunas leyes estatales tienen condiciones relacionadas a los requerimientos de privacidad y confidencialidad para la investigación, la regla de privacidad de HIPPA requiere ahora la autorización del paciente para poder revelar y usar información recabada en la investigación relacionada a su salud. Un "Comité para garantizar la privacidad" (Privacy Board) puede dispensar la necesidad de autorización para que la información sea usada en un "paquete limitado de datos" con un acuerdo de uso de datos "desidentificados" bajo el auspicio de HIPPA (111), aunque los requerimientos de "desidentificación" de la HIPPA son más estrictos que los de la Regla Común (Common Rule).

Los médicos que se comprometen en estudios de investigación, o que permiten que los expedientes clínicos de sus pacientes estén disponibles con fines de investigación, deberán familiarizarse con los requerimientos de HIPPA y proteger la confianza depositada en ellos por sus pacientes al revisar y aprobar cada procedimiento del estudio para proteger la confidencialidad y la seguridad de la información de sus pacientes.

Controles placebo

Puede que al médico se le pida que ingrese a sus pacientes a protocolos de investigación como “ensayos clínicos controlado con placebo”. La Asociación Médica Mundial (World Medical Association) requiere que los “beneficios, riesgo y efectividad de un nuevo método sea comparado en el estudio contra los mejores métodos profilácticos, diagnósticos y terapéuticos” (112). Esto significa que los ensayos clínicos con placebo cuando exista la terapéutica efectiva comprobada, solo podrán ser aceptados ocasionalmente por razones metodológicas con una evidencia científica sólida que los justifique, o cuando el estudio implique una condición menor y los pacientes que reciben “placebo” no sean sometidos a riesgos adicionales o a daños graves e irreversibles (113).

El punto de vista de que el grupo control deba de recibir la terapéutica estándar, ya probada, representa un cambio del “estándar de oro” del ensayo clínico doble ciego controlado con placebo. Otro punto importante es que los médicos desde el punto de vista ético pueden considerar participar o referir pacientes a un ensayo clínico controlado con placebo cuando los participantes en forma voluntaria acepten no saber si están recibiendo tratamiento efectivo; cuando el protocolo de investigación haya sido revisado y aprobado por un comité de investigación institucional independiente (114), cuando los riesgos y consecuencias del grupo placebo por retrasar el tratamiento efectivo sean mínimos; o cuando la terapéutica estándar no ofrezca beneficios significativos en cuanto a supervivencia o calidad de vida; o cuando la terapéutica estándar tenga efectos tóxicos colaterales que los pacientes la rechacen (115).

Antes de referir pacientes a un ensayo clínico controlado con placebo el médico debe de estar seguro de que el protocolo de estudio ofrece un adecuado monitoreo y válvulas de seguridad para asegurar que en caso necesario el pueda retirar a su paciente del estudio previa apertura del código de asignación al azar.

Terapias médicas innovadoras

El uso de terapias médicas innovadoras se encuentra en un continuo entre el ejercicio

establecido de la profesión y la investigación médica. Las terapias innovadoras incluyen el uso de dosis no convencionales de medicamentos estándar, aplicación de procedimientos conocidos en nuevas situaciones clínicas y el uso de fármacos aprobados para nuevas indicaciones. El propósito primario de las terapias médicas innovadoras es beneficiar al paciente en forma individual. Mientras que las innovaciones médicas pueden resultar en beneficios terapéuticos, también generan problemas serios de seguridad para el paciente, es por esto que deberán implementarse con precaución. La terapia médica innovadora deberá tratarse como una investigación médica siempre que se recopilen datos para desarrollar nueva información médica que se publicará. Se efectuará un monitoreo de los eventos adversos. Cuando se considere una terapia innovadora que no tiene precedente, el médico deberá consultar con colegas, el comité de ética institucional y otros grupos de expertos para evaluar el riesgo, la posibilidad de eventos adversos, las potenciales consecuencias de seguir con la terapéutica estándar y sobretodo si al aplicar esta terapia innovadora es lo que mejor conviene al paciente (116). El consentimiento bajo información es particularmente importante; los pacientes deben entender que la terapia no es el tratamiento estándar.

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, asimismo deben haber contribuido considerablemente a la investigación en sí y haber participado en la decisión de publicarlo. Las fuentes de financiamiento para el proyecto de investigación deben darse a conocer a los posibles colaboradores y editores, e informar a los editores si existen o no conflictos de interés (ver la sección sobre conflicto de intereses financieros).

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. En general, el reclutamiento de pacientes para el estudio no amerita la autoría. La autoría significa participación en el concepto y diseño, análisis e interpretación de los resultados, revisión del escrito en cuanto a contenido intelectual y aprobación de la versión final (117).

El plagio es contrario a la ética. Incorporar ideas de otros autores a las obras propias 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 nuevos desarrollos en la investigación. Aunque es deseable que los medios masivos obtengan información precisa sobre los desarrollos científicos, los investigadores deberán efectuar 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 después de presentarse 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 en evitar elevar falsamente las expectativas del público y o dar información confusa, pues ambas situaciones reducen la credibilidad de la comunidad científica en conjunto.

Conclusión

La atención médica con frecuencia impone dilemas éticos para los pacientes, clínicos y las instituciones. Esperamos que este *Manual* ayude a los médicos, independientemente de si son clínicos, educadores o investigadores, 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 un buen camino por este terreno difícil. Nuestro propósito fundamental es mejorar la calidad de la atención médica que se proporciona a los pacientes. Esperamos que el manual ayudará al lector juicioso a ser un 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 "debe" o "debería".***

Ejemplo: "¿Debiéramos abstenernos de suministrar los servicios del respirador a este hombre adulto inconsciente que padece de SIDA, como su compañero lo solicita, o suministrárselos, como sus padres lo solicitan?"

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

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

2ª. 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).

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."

2b. 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 relación a sus preferencias de tratamiento."

2c. 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 podrá retirarse del respirador dado lo avanzado de la enfermedad. Parece que hay más probabilidades de que con el tiempo no se pueda retirar del respirador que de que 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."

2d. 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 tecnificado desde el punto de vista médico."

2. 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 testamento biológico o las personas que estén mejor situadas, en virtud de su familiaridad, intimidad y afectos con el paciente.

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 vacaciones. No tiene un testamento ni un poder notarial, 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 siempre al paciente a la clínica y lo cuidó a medida que su debilidad aumentó".

3. Proporcione información comprensible, pertinente y relevante a la persona que tomará las decisiones. Disipe los malentendido, mitos y las ideas falsas.

Ejemplo: "El respirador y los antibióticos prolongarán la vida y tratarán la infección pulmonar, pero no dan marcha atrás a la gravedad subyacente del padecimiento subyacente. 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."

5. Pregunte cuáles son los valores del paciente que son pertinentes a la pregunta.

Éstos incluyen los valores del paciente acerca de la vida; su 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, paliativa, 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 estos objetivos. Preferencias específicas sobre la atención médica o los apoderados que tomarán las decisiones pertinentes en esta situación.

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."

6. 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, consentimiento bajo información y tolerancia a 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).

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 de consentimiento bajo información y a respetar los objetivos y las preferencias del paciente."

7. Proponga y critique soluciones, incluidas opciones múltiples de tratamientos y alternativas en cuanto a proveedores.

Ejemplo: "El médico podría proporcionar tratamiento paliativo a una persona que está en insuficiencia respiratoria 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 que no puede hablar y dar sus directrices - debe fungir como el cabildero del paciente ante los padres del paciente."

8. Identifique y retire o enfrente las limitantes de las soluciones planteadas (como reembolso, no disponibilidad 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 caso, esa afirmación era incorrecta."

American College of Physicians, Philadelphia, Pennsylvania.

Reconocimientos: El 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 y su trabajo en ediciones previas: Troyen A. Brenan MD; Richard J. Carroll MD; Keneth B. Eden MD; Saul J. Farber MD;

Arthur W. Feinberg MD; Steven Miles MD; Gail J. Povar MD; William A. Reynolds MD; Bernard M. Rosoff MD; David L. Schiedermayer MD; Gerald E. Thompson MD and James A. Tulsky MD. También agradecen a otros revisores del *Manual*: Dan Brock PHD; Linda Hawes Clever MD; Martín L. Evers MD; Michelina Fatto MD; Robert L. Fine MD; Charles L. Junkerman MD; Walter J McDonald MD; Richard L. Newbauer MD; Henry S. Perkins MD; Robert L. Potter MD; Ralph Schmeltz MD; James R. Webster Jr MD. Finalmente se agradece a Emily Monk por su asistencia en la investigación y a Laura Gregory por el apoyo administrativo.

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

Traducción al Español por Jorge A. Castañón González MD, FACP.

Referencias

1. Peabody FW. The care of the patient. JAMA. 1927;88:877-82.
2. American College of Physicians Ethics Manual. Part 1: History; the patient; other physicians. American College of Physicians. Ann Intern Med. 1989;111:245-52. [PMID: 2665591]
3. 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. [PMID: 2757314]
4. Jonsen AR. The New Medicine and the Old Ethics. Cambridge, MA: Harvard Univ Pr; 1990.
5. Reiser SJ, Dyck AJ, Curran WJ. Ethics in Medicine: Historical Perspectives and Contemporary Concerns. Cambridge, MA: MIT Pr; 1977.
6. Rothman DJ. Strangers at the Bedside: A History of How Law and Bioethics Transformed Medical Decision Making. New York: Basic Books; 1991
7. Veatch RM. A Theory of Medical Ethics. New York: Basic Books; 1981.
8. Jonsen AR. The Birth of Bioethics. New York: Oxford Univ Pr; 1998.
9. Reich WT, ed. Encyclopedia of Bioethics. 2nd ed. New York: Macmillan; 1995.
10. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 5th ed. New York: Oxford Univ Pr; 2001.
11. President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. Making Health Care Decisions: A Report on the Ethical and Legal Implications of Informed Consent in the Patient-Practitioner Relationship. Washington, DC: President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research; 1982.
12. Katz J. The Silent World of Doctor and Patient. New York: Free Pr; 1997.
13. President's Commission for the Study of Ethical problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. Securing Access to Health Care: A Report on the Ethical Implications of Differences in the Availability of Health Services. Washington, DC: President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research; 1983.
14. President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. Screening and Counseling for Genetic Conditions: A Report on the Ethical, Social, and Legal Implications of Genetic Screening, Counseling, and Educational Programs. Washington, DC: President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research; 1983.
15. President's Commission for the Study of Ethical problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. Splicing Life: A Report on the Social and Ethical Issues of Genetic Engineering with Human Beings. Washington, DC: President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Bio-medical and Behavioral Research; 1982.
16. President's Commission for the Study of Ethical problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. Deciding to Forgo Life-Sustaining Treatment: A Report on the Ethical, Medical, and Legal Issues in Treatment Decisions. Washington, DC: President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research; 1983.
17. Guidelines on the Termination of Life-Sustaining Treatment and the Care of the Dying. Briarcliff Manor, NY: The Hastings Center; 1987.
18. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. Ann Intern Med. 2002;136:243-6. [PMID: 11827500]
19. Snyder L, Tooker J. Obligations and opportunities: the role of clinical societies in the ethics of managed care. J Am Geriatr Soc. 1998;46:378-80. [PMID:9514391]
20. American Medical Association. Guidelines for physician-patient electronic communications. Accessed at www.ama-assn.org/ama/pub/category/2386.html on 10 June 2004.
21. Snyder L, Weiner J. Ethics and Medicaid patients. In: Snyder L, ed. Ethical Choices: Case Studies for Medical Practice. 2nd ed. Philadelphia: American College of Physicians; 2005:130-5.
22. American Medical Association E-5.09. Confidentiality: Industry-Employed Physicians and Independent Medical Examiners. Chicago: American Medical Assoc; 1999.
23. American Medical Association E-10.03. Patient-Physician Relationship in the Context of Work-Related and Independent Medical Examinations. Chicago: American Medical Assoc; 1999.
24. U.S. Department of Health and Human Services. Privacy Rule, Standards for Privacy of Individually Identifiable Health Information. Code of Federal Regulations, Title 45, Part 46, Section 164: April 2001. To view the privacy rule and other information, see www.hhs.gov/ocr/hipaa.
25. Gostin LO. National health information privacy: regulations under the Health Insurance Portability and Accountability Act. JAMA. 2001;285:3015-21. [PMID: 11410101]
26. Health care needs of the adolescent. American College of Physicians. Ann Intern Med. 1989;110:930-5. [PMID: 2719425]
27. Burnum JF. Secrets about patients. N Engl J Med. 1991;324:1130-3. [PMID: 2008187]
28. Crawley LM, Marshall PA, Koenig BA. Respecting cultural differences at the end of life. In: Snyder L, Quill TE,

- eds. *Physician's Guide to End-of-Life Care*. Philadelphia: American College of Physicians–American Society of Internal Medicine; 2001:35-55.
29. Roter DL, Stewart M, Putnam SM, Lipkin M Jr, Stiles W, Inui TS. Communication patterns of primary care physicians. *JAMA*. 1997;277:350-6. [PMID: 9002500]
30. Quill TE, Townsend P. Bad news: delivery, dialogue, and dilemmas. *Arch Intern Med*. 1991;151:463-8. [PMID: 2001128]
31. Snyder L, Quill TE, eds. *Physician's Guide to End of Care*. Philadelphia: American College of Physicians; 2001.
32. Patient Education and Caring: End of Life (PEACE) Series. Philadelphia: Center for Ethics and Professionalism, American College of Physicians; 2001. Accessed at www.acponline.org/ethics/patient_education.htm.
33. Tobias BB, Ricer RE. Counseling adolescents about sexuality. *Prim Care*. 1998;25:49-70. [PMID: 9469916]
34. 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. [PMID: 9145720]
35. Rich EC, Burke W, Heaton CJ, Haga S, Pinsky L, Short MP, et al. Reconsidering the family history in primary care. *J Gen Intern Med*. 2004;19:273-80. [PMID: 15009784]
36. Weiner J. The duty to treat HIV-positive patients. In: Snyder L, ed. *Ethical Choices: Case Studies for Medical Practice*. 2nd ed. Philadelphia: American College of Physicians; 2005:136-42.
37. The acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) and infection with the human immunodeficiency virus (HIV). Health and Public Policy Committee, American College of Physicians; and the Infectious Diseases Society of America. *Ann Intern Med*. 1988;108:460-9. [PMID: 3277519]
38. What is complementary and alternative medicine (CAM)? National Center for Complementary and Alternative Medicine, National Institutes of Health. Accessed at <http://nccam.nih.gov/health/whatiscam#1> on 4 February 2005.
39. Berger JT. Multi-cultural considerations and the American College of Physicians Ethics Manual. *J Clin Ethics*. 2001;12:375-81. [PMID: 12026743]
40. Eisenberg DM, Davis RB, Ettner SL, Appel S, Wilkey S, Van Rompay M, et al. Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997: results of a follow-up national survey. *JAMA*. 1998;280:1569-75. [PMID: 9820257]
41. The National Center for Complementary and Alternative Medicine, The National Institutes of Health. Accessed at www.nccam.nih.gov.
42. Carroll RJ. Should doctors treat their relatives? *ACP-ASIM Observer*. January 1999. Accessed at www.acponline.org/journals/news/jan99/relative.htm on 28 January 2005.
43. Eisenberg DM, Davis RB, Ettner SL, Appel S, Wilkey S, Van Rompay M, et al. Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997: results of a follow-up national survey. *JAMA*. 1998;280:1569-75. [PMID: 9820257]
44. Weiner J, Tolle SW. Sex and the single physician. In: Snyder L, ed. *Ethical Choices: Case Studies for Medical Practice*. 2nd ed. Philadelphia: American College of Physicians; 2005:99-104.
45. Lyckholm LJ. Should physicians accept gifts from patients? *JAMA*. 1998; 280:1944-6. [PMID: 9851481]
46. 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. [PMID: 7474243]
47. Lo B, Quill T, Tulsky J. Discussing palliative care with patients. *ACP-ASIM End-of-Life Care Consensus Panel*. American College of Physicians-American Society of Internal Medicine. *Ann Intern Med*. 1999;130:744-9. [PMID:10357694]
48. Institute of Medicine. *Approaching Death: Improving Care at the End of Life*. Washington, DC: National Academy Pr; 1997.
49. Cassel CK, Vladeck BC. ICD-9 code for palliative or terminal care. *N Engl J Med*. 1996;335:1232-4. [PMID: 8815949]
50. Buchan ML, Tolle SW. Pain relief for dying persons: dealing with physicians' fears and concerns. *J Clin Ethics*. 1995;6:53-61. [PMID: 7632997]
51. When you have pain at the end of life. Patient Education and Caring: End-of-Life (PEACE) Series. Philadelphia: American College of Physicians; 2001. Accessed at www.acponline.org/ethics/patient_education.htm on 28 January 2005.
52. Cassaret D, Kutner J, Abraham J. Life after death: a practical approach to grief and bereavement. In: Snyder L, Quill TE, eds. *Physician's Guide to End-of-Life Care*. Philadelphia: American College of Physicians; 2001:178-93.
53. American College of Legal Medicine. *Legal Medicine*. 5th ed. St. Louis: Mosby; 2001.
54. Snyder L. Life, death, and the American College of Physicians: the Cruzan case [Editorial]. *Ann Intern Med*. 1990;112:802-4. [PMID: 2344110]
55. Annas GJ. The health care proxy and the living will. *N Engl J Med*. 1991;324:1210-3. [PMID: 2011167]
56. Life-Sustaining Treatment (POLST). Accessed at www.ohsu.edu/ethics/polst/ on 28 January 2005.
57. Karlawish JH, Quill T, Meier DE. A consensus-based approach to providing palliative care to patients who lack decision-making capacity. *ACP-ASIM End-of-Life Care Consensus Panel*. American College of Physicians-American Society of Internal Medicine. *Ann Intern Med*. 1999;130:835-40. [PMID: 10366374]
58. Making medical decisions for a loved one at the end of life. Patient Education and Caring: End-of-Life (PEACE) Series. Philadelphia: American College of Physicians; 2001. Accessed at www.acponline.org/ethics/patient_education.htm on 28 January 2005.
59. Gazelle G. The slow code—should anyone rush to its defense? *N Engl J Med*. 1998;338:467-9. [PMID: 9459653]
60. Sabatino CP. Survey of state EMS-DNR laws and protocols. *J Law Med Ethics*. 1999;27:297-315, 294. [PMID: 11067612]
61. Herrin V, Poon P. Talking about organ procurement when one of your patients dies. *ACP-ASIM Observer*. February 2000. Accessed at www.acponline.org/ethics/casestudies/organ.htm on 28 January 2005.
62. Veatch RM. *Transplantation Ethics*. Washington, DC: Georgetown Univ Pr; 2000.
63. Williams MA, Lipsett PA, Rushton CH, Grochowski EC, Berkowitz ID, Mann SL, et al. The physician's role in discussing organ donation with families. *Crit Care Med*. 2003;31:1568-73. [PMID: 12771634]
64. 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. [PMID: 2403610]
65. Practice parameters: assessment and management of patients in the persistent vegetative state (summary statement). The Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*. 1995;45:1015-8. [PMID: 7746375]
66. The vegetative state: guidance on diagnosis and management. *Clin Med*. 2003;3:249-54. [PMID: 12848260]

67. 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;144:726-31. [PMID: 1892317]
68. *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.
69. Sulmasy DP, Pellegrino ED. The rule of double effect: clearing up the double talk. *Arch Intern Med.* 1999;159:545-50. [PMID: 10090110]
70. Quill TE, Byock IR. Responding to intractable terminal suffering: the role of terminal sedation and voluntary refusal of food and fluids. ACP-ASIM End-of-Life Care Consensus Panel. American College of Physicians-American Society of Internal Medicine. *Ann Intern Med.* 2000;132:408-14. [PMID: 10691593]
71. Snyder L, Sulmasy DP. Physician-assisted suicide. *Ann Intern Med.* 2001;135:209-16. [PMID: 11487490]
72. Hedberg K, Hopkins D, Kohn M. Five years of legal physician-assisted suicide in Oregon [Letter]. *N Engl J Med.* 2003;348:961-4. [PMID: 12621146]
73. Sixth Annual Report on Oregon's Death with Dignity Act. 10 March 2004. Accessed at www.ohd.hr.state.or.us/chs/pas/ar-smmry.cfm on 28 January 2005.
74. Povar GJ, Blumen H, Daniel J, Daub S, Evans L, Holm RP, et al. Ethics in practice: managed care and the changing health care environment: medicine as a profession managed care ethics working group statement. *Ann Intern Med.* 2004; 141:131-6. [PMID: 15262669]
75. Povar G, Moreno J. Hippocrates and the health maintenance organization. A discussion of ethical issues. *Ann Intern Med.* 1988;109:419-24. [PMID:3136686]
76. LaPuma J, Schiedermayer D, Seigler M. Ethical issues in managed care. *Trends Health Care Law Ethics.* 1995;10:73-7. [PMID: 7655240]
77. Mechanic D, Schlesinger M. The impact of managed care on patients' trust in medical care and their physicians. *JAMA.* 1996;275:1693-7. [PMID:8637148]
78. Braddock CH, Snyder L. Ethics and time, time perception and the patient-physician relationship. Position paper. Philadelphia: American College of Physicians; 2003.
79. Snyder L, Hillman AL. Financial incentives and physician decision making. In: Snyder L, ed. *Ethical Choices: Case Studies for Medical Practice.* Philadelphia: American College of Physicians; 1996:105-12.
80. Sulmasy DP. Physicians, cost control, and ethics. *Ann Intern Med.* 1992; 116:920-6. [PMID: 1580450]
81. Coyle SL. Physician-industry relations. Part 1: individual physicians. *Ann Intern Med.* 2002;136:396-402. [PMID: 11874314]
82. Conflicts of interest. Physician ownership of medical facilities. Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association. *JAMA.* 1992;267:2366-9. [PMID: 1564779]
83. Povar GJ, Snyder L. Selling products out of the office. Ethics and Human Rights Committee. *Ann Intern Med.* 1999;131:863-4. [PMID: 10610634]
84. Physicians and the pharmaceutical industry. American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 1990;112:624-6. [PMID: 2327679]
85. The relationship between physicians and the pharmaceutical industry. A re-report of the Royal College of Physicians. *J R Coll Physicians Lond.* 1986;20:235-42. [PMID: 3534247]
86. Coyle SL. Physician-industry relations. Part 2: organizational issues. *Ann Intern Med.* 2002;136:403-6. [PMID: 11874315]
87. Groman R, Ginsburg J. Racial and ethnic disparities in health care: a position paper of the American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 2004;141:226-32. [PMID: 15289223]
88. Institute of Medicine. *To Err Is Human: Building a Safer Health Care System.* Washington, DC: National Academy Pr; 1999.
89. Tulskey JA, Snyder L. Deciding how much care is too much. *ACP Observer.* March 1997. Accessed at www.acponline.org/journals/news/mar97/howmuch.htm on 28 January 2005.
90. United Nations. *First Congress on the Prevention of Crime and the Treatment of Offenders. Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners.* 1955. Accessed at www.unhchr.ch/html/menu3/b/h_comp34.htm on 28 January 2005.
91. National Commission on Correctional Health Care. Charging inmates a fee for health care services. 1996. Accessed at www.ncchc.org/resources/statements/healthfees.html on 28 January 2005.
92. Fletcher JC, Siegler M. What are the goals of ethics consultation? A consensus statement. *J Clin Ethics.* 1996;7:122-6. [PMID: 8889887]
93. *Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals: The Official Handbook.* Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations; 2004.
94. Aulisio MP, Arnold RM, Youngner SJ. Health care ethics consultation: nature, goals, and competencies. A position paper from the Society for Health and Human Values-Society for Bioethics Consultation Task Force on Standards for Bioethics Consultation. *Ann Intern Med.* 2000;133:59-69. [PMID:10877742]
95. Guidelines for the physician expert witness. American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 1990;113:789. [PMID: 2240881]
96. Ginsburg J. Physicians and joint negotiations. *Ann Intern Med.* 2001;134:787-92. [PMID: 11329239]
97. Conley FK. Toward a more perfect world—eliminating sexual discrimination in academic medicine [Editorial]. *N Engl J Med.* 1993;328:351-2. [PMID: 8419824]
98. Crook ED, Weiner J. When residents and attendings disagree. In: Snyder L, ed. *Ethical Choices: Case Studies for Medical Practice.* 2nd ed. Philadelphia: American College of Physicians; 2005:148-53.
99. Snyder L. Referrals and patient wishes. In: Snyder L, ed. *Ethical Choices: Case Studies for Medical Practice.* 2nd ed. Philadelphia: American College of Physicians; 2005:77-81.
100. Weiner J, Snyder L. The impaired colleague. In: Snyder L, ed. *Ethical Choices: Case Studies for Medical Practice.* 2nd ed. Philadelphia: American College of Physicians; 2005:143-7.
101. Boisauvin EV, Levine RE. Identifying and assisting the impaired physician. *Am J Med Sci.* 2001;322:31-6. [PMID: 11465244]
102. Department of Health and Human Services. *The Common Rule, Protection of Human Subjects. Code of Federal Regulations Title 45, Part 46.102 (d).*
103. 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: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service; 1995.
104. Cassarett D, Snyder L, Karlawish J. When are industry-sponsored trials a good match for community doctors? *ACP Observer.* March 2001. Accessed at

www.acponline.org/journals/news/mar01/ethics.htm on 28 January 2005.

105. Recruiting Human Subjects Sample Guidelines for Practice. Bethesda, MD: Department of Health and Human Services, Office of the Inspector General; June 2000. OEI-01-97-00196.

106. Cognitively impaired subjects. American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 1989;111:843-8. [PMID: 2683918]

107. Drazen JM, Koski G. To protect those who serve [Editorial]. *N Engl J Med.* 2000;343:1643-5. [PMID: 11096176]

108. Bodenheimer T. Uneasy alliance— clinical investigators and the pharmaceutical industry. *N Engl J Med.* 2000;342:1539-44. [PMID: 10816196]

109. Lind SE. Finder's fees for research subjects. *N Engl J Med.* 1990;323:192-5. [PMID: 2362609]

110. Department of Health and Human Services. The Common Rule, Protection of Human Subjects. Code of Federal Regulations, Title 45, Part 46: Revised. 18 June 1991.

111. Protecting Personal Health Information in Research: Understanding the HIPAA Privacy Rule. Bethesda, MD: Department of Health and Human Services; 2003. NIH Publication no. 03-5388.

112. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA.* 2000;284:3043-5. [PMID: 11122593]

113. World Medical Association. Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects. For clarification to paragraph 29.2002, see www.wma.net/e/policy/b3.htm.

114. Temple R, Ellenberg SS. Placebo-controlled trials and active-control trials in the evaluation of new treatments. Part 1: ethical and scientific issues. *Ann Intern Med.* 2000;133:455-63. [PMID: 10975964]

115. Amdur RJ, Bankert EA. The placebo-controlled clinical trial. In: Institutional Review Board Management and Function. Sudbury: Jones and Bartlett; 2002.

116. Lind SE. Innovative medical therapies: between practice and research. *Clin Res.* 1988;36:546-51. [PMID: 3180683]

117. International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. Updated October 2004. Accessed at www.icmje.org on 1 February 2005.