

Gaceta Médica de México

Volumen
Volume 138

Número
Number 1

Enero-Febrero
January-February 2002

Artículo:

Por la autonomía del paciente

Derechos reservados, Copyright © 2002:
Academia Nacional de Medicina de México, A.C.

**Otras secciones de
este sitio:**

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

***Others sections in
this web site:***

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



www.medigraphic.com

Por la autonomía del paciente

Xavier A. López-de la Peña,* Moisés Rodríguez-Santillán**

Uno de los valores que sobresalientemente le otorgan a los seres humanos el estatuto de dignidad lo representa sin lugar a dudas la autonomía, entendida ésta como la capacidad de autogobierno que le permite a cada quien elegir razonadamente, en base a una apreciación personal sobre las posibilidades futuras evaluadas y sustentadas en un sistema propio de valores.¹ Esta autonomía, no obstante, debe tener como complemento a la libertad dado que nadie puede autogobernarse si se le restringe, coarta, soslaya, limita o impide de alguna manera su ejercicio. Sin embargo, y esto también es importante, la autonomía tiene siempre ante sí la frontera que le impone su relación con otra u otras personas, el no causarles perjuicio.

Esta autonomía ejercida en libertad nos otorga el valioso elegir personal frente a diferentes y diversos proyectos de vida. La autonomía entonces debe facilitarse y garantizarse para todos nosotros y, asimismo como ninguna persona tiene facultades para intervenir de alguna manera en dicha elección, deben establecerse todos aquellos mecanismos necesarios para impedirlo.² Sin embargo hay quien objeta esta cuestión de la autonomía diciendo sin comprenderlo, que las bases filosóficas (Kant) que le sustentan no son acertadas puesto que constituyen un "insostenible concepto relativista de la Moral [...] que quedaría burlada al estar sujeta al capricho de cada quien y, por consecuencia, la sociedad caería en el más absoluto caos."³

Con la introyección individual del concepto de autonomía y su ejercicio libre acotado en no dañar con su elección a otro(s), el ser humano es digno *per se* ante sí y ante los demás. Así, la persona se pertenece a sí misma desde una perspectiva libe-

ral⁴ y es, aprovechando la frase orteguiana: él (o ella) y su circunstancia. El Estado, ya se ha dicho en la multicitada frase de J. Stuart Mill y que sigue teniendo una vigencia contundente, no puede ni debe quebrantar dicha autonomía, y sólo "el único propósito sobre el cual el poder puede ser realmente ejercido sobre cualquier miembro de una comunidad civilizada, contra sus deseos, es para prevenir el daño a otros. Su propio bien, ya físico o moral, no es suficiente garantía. No lo podemos forzar a llevar a cabo tal o cual acto porque el hacerlo sea lo mejor para él, porque lo hará más feliz, porque en opinión de otros sería lo más sabio o lo más correcto. Estas serían buenas razones para discutirlo o razonarlo con él, para persuadirlo, para rogarle que lo realice; pero no para obligarlo, amenazarlo o castigarlo por haberlo realizado... La única parte de la conducta de cualquiera, por la que debe de responder a la sociedad, es aquella que concierne a los demás."⁵

En el terreno social del cual no escapa la medicina, este rico concepto de autonomía ya en ejercicio por una buena parte de los ciudadanos ha sentado las bases de un nuevo paradigma en la relación paciente-médico que vino a desmontar todo el andamiaje operativo en torno al añejo modelo paternalista. Día a día la dignidad del ciudadano-paciente se refuerza en el ámbito de la salud al reconocerse y respetarse su autonomía. El paciente ya no es más un sujeto pasivo y dependiente en la relación paciente-médico al internalizar y externalizar su posición como dueño y señor del destino que elige él mismo en libertad y por el que lucha ejercer sin cortapisas.

El cambio histórico de paradigma de paternalismo hacia autonomía en el terreno de la atención a

* Internista. Adscrito a la Unidad de Medicina Crítica. Hospital General de Zona No. 1. «Dr. José Luis Ávila Pardo». Instituto Mexicano del Seguro Social, Aguascalientes, Ags. México.

** Profesor de Derecho Penal en la Universidad Autónoma de Aguascalientes.

Correspondencia y solicitud de sobretiros: Dr. Xavier A. López de la Peña, Fátima 215, Fracc. Del Valle 20080 Aguascalientes, Ags. México. Tel. y Fax: (4) 918-31-12 E-mail.: xalopez@ags.ciateq.mx

problemas de salud lo estableció en el mundo occidental la figura del *consentimiento informado* (Nuremberg 1947) en el que por vez primera se legitimó médicamente la voz (aceptación, en este caso) del paciente en el campo de la investigación tras conocerse los horrores médicos nazis en los campos de concentración y que cimbraron las conciencias en el mundo; 10 años después en 1957 este *consentimiento informado* se fortaleció legalmente para su aplicación en las decisiones médicas generales atendiendo, entre otras, al caso de Salgo V. Leland Stanford Jr. University Board of Trustees cuando el magistrado estadounidense Bray expresó de manera contundente: “los médicos violan sus deberes para con los pacientes y se exponen a ser demandados si se guardan hechos que son necesarios para formar la base de un consenso informado inteligente por el paciente respecto al tratamiento propuesto”.⁶ Ulteriormente, el consentimiento informado recibió el reconocimiento hacia su forma negativa, esto es, hacia el rechazo a cierto procedimiento o práctica médicas. De esta manera, el enriquecimiento ideológico-operativo del consentimiento informado avanzó del asenso al disenso y hoy, felizmente, se lucha por la conquista del consenso en la relación paciente-médico. Aun cuando el perfeccionamiento de cada una de las figuras expresadas todavía encuentran ciertas resistencias, haremos referencia particular al disenso puesto que éste sigue generando conflictos en algunos casos entre el hacer del prestador de servicios de salud y los deseos autónomos del paciente. De hecho, el consentimiento informado debería llamarse ya con más propiedad como *decisión informada o bajo información* que abarca en sí, conceptos de aceptación, de rechazo y de selección o elección inclusive ante las diversas propuestas y alternativas de atención a la salud que se le hubieren presentado.

Basados en lo anteriormente expuesto, no parece cuestionarse, una vez informado de las ventajas o desventajas de su decisión en torno a su problema de salud y de que no hay contraindicación absoluta, el que un paciente pueda preferir la toma de cápsulas sobre la aplicación de inyecciones; tampoco si decide someterse a una operación de una hernia no complicada dentro de un mes y no mañana, o no operarse definitivamente si así lo quiere; o que prefiera un estudio radiográfico con medio de con-

traste por sobre una endoscopia del tracto digestivo para el diagnóstico de un problema gástrico; o decida no seguir el tratamiento antihipertensivo, hipoglucemiante u otro indicado. Es *su* voluntad hacerlo o no, elegir entre uno y otro, preferir tal o cual. Es ejercer su autonomía previa información médica completa y oportuna a favor o en contrario.

El proveedor de servicios de salud está obligado a respetar la autonomía del paciente (si la ley no señala lo contrario) y con ello poco a poco le incorpora al diálogo sanitario para dignificar la decisión informada entre los actores paciente-médico. Sin embargo reconocemos que ello representa un reto hacia los profesionales de la salud que han seguido y siguen una línea de formación-actuación paternalista y puedan sentir con ello amenazada su autoridad o cuestionada su indicación-sapiencia.

En casos de más complejidad a los referidos el tono de los posibles diferendos puede aumentar, como en tratándose de un paciente que requiere médicamente radioterapia para el tratamiento de cierto tipo de cáncer,⁷ y decide rechazar dicha propuesta para seguir un tratamiento médico alternativo o paralelo en la inteligencia de que ello puede acarrearle incluso una menor expectativa de vida a plazo breve, no parece sin embargo que nadie pueda obligarle a someterse contra su voluntad expresa a dicho procedimiento; lo mismo podríamos decir en tratándose de quimioterapia o de cualquier otro procedimiento médico o quirúrgico. El paciente en pleno uso de sus facultades y por tanto en capacidad natural y legal para el ejercicio de su autonomía por sí mismo o a través de su representante legítimo, según los artículos 22, 23 y 24 del Código Civil Federal coincidentes con los del Código Civil para el Distrito Federal,⁸ puede elegir tratarse o no, o combinarlos con homeopatía, acupuntura, herbolaria, alopatía, etc. y no encontramos razón para que alguien pueda oponerse o imponerse en contrario. El prestador de servicios de salud en todo caso, si es consultado, deberá presentarle al paciente en forma que sea capaz de entender las opciones necesarias, las expectativas, los riesgos y las consecuencias ciertas o probables de su aceptación o rechazo a tal o cual medida o procedimiento preventivo, diagnóstico, terapéutico o rehabilitatorio en su dimensión justa, sin minimizarla o maximizarla; procurándole además ofrecerle el mejor beneficio con ello y toda la

ayuda que con profesionalismo debe otorgarse independientemente de la decisión que éste tome.

El punto se hace más sensible, lógicamente, cuando de la decisión autónoma y libre tomada por el paciente pueda correr el riesgo de morir. Aquí, como en todos los casos el profesional de la salud debe recurrir a todos los argumentos posibles y legítimos por lograr que el paciente debidamente informado se persuada y acceda libremente y en pleno uso de sus facultades mentales a éste u otro procedimiento o tratamiento médico indicado y considerado necesario, en tanto aún en estos casos, no puede ni debe atentarse en contra de la voluntad expresa de un paciente con capacidad legal y natural a decidir (autónomo) como señalamos y teniendo toda la información necesaria para asumir las consecuencias posibles de su rechazo.

En el escenario de la atención a los problemas de salud, los actores paciente-médico deben interactuar en un marco de respeto hacia ambas autonomías entendiendo diferencias, acordando estrategias, construyendo consensos. Empero, cuando en escena y dentro de la trama de la lucha por la salud aparece la muerte, ésta se convierte de hecho en un fin o en un posible medio en el horizonte médico. Un fin porque la misión de la medicina es por la salud y la vida empleando todos sus recursos para derrotar a la enfermedad-muerte si es posible, en tanto que se constituye en un medio cuando inexcusablemente a la muerte se le apropie para ejercer un poderoso control que determine la decisión del paciente razonablemente temeroso ante ella ¿Qué argumento más influenciable podría esgrimirse sobre un paciente que el de la posibilidad de su muerte si no acepta..., si se demora..., si se cambia..., si se deja... tal y tal?

Quizá el dilema más citado para ilustrar la confrontación paternalismo contra autonomía en este aspecto es el que la profesión médica enfrenta cuando el paciente, con un problema de salud grave cuya atención requiere sangre, la rechaza por su propio derecho o a través de su representante legítimo. Luego entonces, ¿el paciente tiene o no el derecho a que sea respetada su decisión de “no aceptar transfusiones de sangre” por parte de los prestadores de servicios de salud? Este conflicto tiene varias aristas paternalistas que es necesario limar desde nuestra posición liberal de respeto a la autonomía del paciente.

Una primera aproximación paternalista podría estar sustentada en una confrontación ideológica religiosa (católica en este caso en nuestro medio) al pretender desacreditar el prestador de servicios de salud como “irracionales” los dogmas que fundamentan la decisión del paciente ya que desde inicio suele categorizarse peyorativamente como de secta a los miembros de los Testigos de Jehová.⁹ Sin embargo, debemos dejar sentado claramente que todas las posiciones religiosas por ser dogmáticas, autoritarias, e insusceptibles de prueba son inmunes al razonamiento y cada quien puede profesar la que le guste como lo garantiza el artículo 24 de nuestra Carta Magna. Nada puede discutirse entre posiciones dogmáticas. Entonces cada quien que se guíe por las suyas, si así lo cree conveniente y deje a los demás en libertad para guiarse por las propias. Entonces la probable animadversión ideológico-religiosa para desacreditarle no tiene sustento en argumentos racionales.

Si, de otro lado, la idea central de la controversia que suscitan los pacientes Testigos de Jehová ante el prestador de servicios de salud es la de que con su rechazo a aceptar sangre como medida terapéutica están atentando y disponiendo con ello contra su vida (cometiendo suicidio), y de otro impidiendo que el médico cumpla con su deber de medios para tratarle como señala la *lex artis*, podríamos entonces iniciar con tratar de discernir en primer lugar si esta acción es un suicidio. Consideramos que no. El paciente que bajo estas circunstancias rechaza la transfusión de sangre no quiere de ninguna manera morir puesto que busca la atención médica y acepta cualquier otro recurso que no sea sangre; tampoco está ejecutando directamente una acción contra sí mismo, luego entonces no se le puede culpar de intención suicida. La falta de sangre exógena que considera inaceptable *per se* no le causará la muerte, sino las consecuencias del choque hipovolémico por su falta endógena por la causa que ésta sea; es la evolución natural de un proceso patológico particular el que le conduciría en todo caso a la muerte. En ninguna situación el certificado de muerte establece como causa directa de la defunción a la falta de transfusión sanguínea sino, en su caso y a modo de ejemplo para retomar la idea anterior, a choque hipovolémico por sangrado de tubo digestivo alto secundario a vórices esofágicas rotas, o por herida penetrante de

abdomen con lesión de aorta abdominal y hemoperitoneo consecuente, etc. Sería el choque por la ruptura de várices esofágicas o la lesión aórtica los que le llevaron a la muerte, no la falta de sangre exógena indeseable para estos pacientes. Y lo aceptan. Es su decisión autónoma y prefieren el camino del curso natural de la enfermedad, incluyendo la muerte, a la indignidad de recibir sangre ajena. No puede entonces objetarse a ello.

Se argumenta en la teoría del delito que una persona no puede disponer de su propio cuerpo porque los bienes que tutelan la salud y la vida no son disponibles por el titular de los mismos. Sin embargo, insistimos que el paciente Testigo de Jehová con su rechazo a recibir sangre no está disponiendo de su vida, no se está dando muerte él mismo (lo que sería un suicidio), ni pidiendo asistencia para morir (suicidio médicamente asistido), él quiere vivir pero sin aceptar sangre como tratamiento y, si muere, la causa no sería imputable al hecho de no haber recibido sangre sino al problema de salud que le llevó a la muerte.

Al paciente Testigo de Jehová tampoco puede exigírsele una obligación jurídica de vivir imponiéndole una transfusión de sangre, si consideramos que nadie está obligado con sí mismo ya que para que exista una relación jurídica es necesario que haya al menos dos personas entre las que puedan establecerse relaciones de justicia. Tampoco puede argumentarse que en sentido estricto la persona tenga moralmente una obligación de vivir (en todo caso los mártires deberían considerarse inmorales).

Ciertamente, las personas por el hecho mismo de vivir luchan por conservar la vida y ponen en marcha los medios ordinarios necesarios para su preservación como serían la alimentación, el reposo y otros entre los que se incluyen ya los servicios médico-asistenciales. Sin embargo, en el caso de enfermar y rechazar la terapia con sangre, este recurso se convierte para ellos en función de sus particulares creencias religiosas (Génesis 9:4 en el que bendice Dios a Noé y a sus hijos, y les renueva la donación que les había hecho de todas las cosas; pero les prohíbe el comer la sangre; y en Hechos 15:28 y 29 que dicen: Y es, que ha perecido al Espíritu Santo, y a nosotros inspirados por él, no imponeros otra carga, fuera de éstas que son precisas, es a saber: Que os abstengáis de manjares inmolados a los ídolos, y de sangre, y de animal sofocado, y de la

fornicación; de las cuales cosas haréis bien en guardaros. Dios os guarde) en uno extraordinario al que no puede moralmente obligarse a aceptar porque se atentaría contra su dignidad y libertad¹⁰ y, desde el punto de vista médico tampoco puede imponerse al prestador de servicios de salud el recurrir a estos medios extraordinarios para tratar los problemas de salud, que no la vida, que se rechaza en conciencia y con pleno ejercicio de sus derechos y libertades fundamentales por otros. En este último punto y de acuerdo con la teoría del delito y las normas que lo regulan, el profesional de la salud que respeta la voluntad del paciente no puede ser responsable penalmente en el supuesto de que se agrave o se muera, porque no obstante que el resultado sea consecuencia de una conducta omisiva del profesional de la salud, es claro que el artículo 7 tanto del Código Penal Federal como del Código Penal para el Distrito Federal, establecen que “en los delitos de resultado material, también será atribuible el resultado típico al que omita impedirlo, si este tenía el deber jurídico de evitarlo”. Estos preceptos abundan para precisar que “en estos casos se considerará que el resultado es consecuencia de una conducta omisiva, cuando se determine que el que omite impedirlo tenía el deber de actuar para ello, derivado de una ley, de un contrato o de su propio actuar precedente”.

De lo anterior se desprende que el profesional de la salud, debe estar colocado en situación de garante, porque tuviera el deber de actuar para evitar el agravamiento de la salud o la muerte, como en efecto lo tiene con cualquier paciente, excepto en aquellos casos en que ese paciente de manera conciente, libre y espontánea y de manera unilateral o bilateral, por sí mismo o a través de sus padres o tutores porque se trate de un menor o de un mayor incapaz, en forma escrita o que por señales inequívocas, que también deben hacerse constar por escrito, rechace un tratamiento de quimioterapia, transfusión sanguínea o cualquiera otro, o porque la ley lo obligue a aplicar el tratamiento contra la voluntad del paciente o de sus representantes legítimos, caso que no existe, o porque así se establezca en un contrato.

Si hemos dicho que no existe situación de garante del profesional de la salud cuando media una declaración unilateral del paciente rechazando un tratamiento o la transfusión sanguínea, con mayor

razón, en nuestra opinión, cuando existe un contrato de prestación de servicios médicos, cuya naturaleza jurídica es bilateral, y para su existencia, según el artículo 1794 del Código Civil Federal y que coincide con el del Distrito Federal, se requiere del consentimiento y el objeto, y para su validez es necesaria la capacidad legal de las partes, la ausencia de vicios del consentimiento, el objeto, motivo o fin lícitos y el consentimiento manifestado en la forma que la ley establece, según el artículo 1795 del ordenamiento civil señalado.

El objeto debe ser una prestación de dar, de hacer o de no hacer, es decir de una abstención, y es claro que en el contrato de prestación de servicios médicos en el que se establece la relación jurídica entre el médico y el paciente, se van a definir las prestaciones de dar, de hacer y de no hacer, y en el caso de los pacientes afiliados al credo religioso de los Testigos de Jehová se establecerá la obligación del médico de aplicar todos los tratamientos curativos necesarios tendientes a mejorar su salud y a salvarle la vida, pero también se establecerá una obligación para el médico de no hacer, es decir de abstenerse de transfundir sangre, quedando obligado, en el caso de no encontrar otras alternativas, a proponer el cambio de médico o incluso de hospital en donde se le puedan ofrecer medios alternos.

Desde luego que el objeto, motivo o fin de ese contrato debe ser lícito y el artículo 1830 del Código Civil Federal establece que “es ilícito el hecho (o abstención) que es contrario a las leyes de orden público o a las buenas costumbres,” y en el caso que analizamos no va contra las leyes de orden público, porque el médico está obligado a aplicar tratamientos o transfundir sangre con el consentimiento expreso o tácito de los pacientes, y no existe ninguna ley que lo obligue a aplicar el tratamiento o transfundir sangre al paciente contra su voluntad. Por buenas costumbres,¹¹ podemos entender el conjunto de hábitos generalizados que son aprobados por el núcleo social de una época y un lugar determinados. Como tales, son cambiantes de época a época y de lugar a lugar, pues lo que en el pasado y en una determinada circunscripción fue considerado como una conducta socialmente aceptada, puede no serlo en el presente o viceversa. Esta interpretación del artículo 1830 del Código Civil, pudiera operar subjetivamente en el juzgador

y considerar que el prestador de servicios médicos, actuó contra las buenas costumbres porque estaba obligado a transfundir sangre al paciente aun en contra de su voluntad, porque en primer lugar, el médico estaría obligado a salvar vidas, y en segundo, porque iría en contra del conjunto de hábitos y prácticas observadas en el conglomerado social. En este caso el contrato que estableciera la obligación de no hacer (no transfundir sangre), como en el caso de la declaración unilateral de voluntad de los Testigos de Jehová, serían, declarada nula y el médico se encontraría en situación de garante, y por tanto sería penalmente responsable por omisión impropia o comisión por omisión del agravamiento o muerte del paciente, o por lo menos daría lugar a reclamaciones civiles y administrativas.

Este caso de subjetividad judicial nos parece que de darse, sería aislado, por desinformación en todo caso del juez y por ignorar las tendencias de la bioética a favor del respeto a la autonomía del paciente.

Por último, “el actuar precedente” del médico a que alude el artículo 7 del Código Penal Federal, debe interpretarse que si el profesional de la salud empezó a atender al paciente sin ninguna contraindicación o negativa para la aplicación de tratamiento o transfusiones sanguíneas necesarias para mejorar la salud y salvarle la vida, de no hacerlo, se encontraría el médico en situación de garante e incurriría en responsabilidades penales por omisión impropia.

También existen otras causas excluyentes de responsabilidad médica como son: a) el de caso fortuito y fuerza mayor donde operan la imprevisibilidad y la inevitabilidad de un hecho ajeno a la voluntad del obligado, no habitual y no imputable b) el error excusable por tratarse de la evolución, en su caso, atípica de un problema médico que lleva al error en el diagnóstico o terapéutica o ambas, c) fracaso en el tratamiento, por falta de respuesta al mismo aun cuando esté correctamente indicado, d) estado de necesidad y prescindencia del consentimiento del paciente como en caso de una cirugía urgente en que el paciente no puede otorgar su consentimiento y se le opera, no puede reclamarse responsabilidad al médico por haber obrado así, y e) por la conducta del paciente que con su decisión de no seguir tal o cual tratamiento, fracasa en su curación.¹² Para el asunto de los pacientes Testigos

de Jehová, la conducta de rechazo a la terapia con sangre es sobresaliente para esta última eximente de responsabilidad médica. En cambio, si el paciente no ha expresado por medio de señales inequívocas su deseo de no ser transfundido con sangre, ante una urgencia médica, el profesional de la salud deberá proceder con la misma ante el estado de necesidad en la que prevalece la obligación de curar por sobre cualquier otra consideración. El no hacerlo hace incurrir al médico en responsabilidades civiles y penales, por haberse colocado en situación de garante.

El valor del respeto a la autonomía queda explícito en la Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial sobre IOS Derechos del Paciente que fue adoptada por la 34ª Asamblea Médica Mundial en Lisboa, Portugal, septiembre/octubre 1981 y enmendada por la 47ª Asamblea General en Bali, Indonesia, septiembre 1995, estableciendo claramente en la introducción que “aunque el médico siempre debe actuar de acuerdo a su conciencia y en el mejor interés del paciente, se deben hacer los mismos esfuerzos a fin de garantizar la autonomía y justicia con el paciente”, y en el apartado referente al derecho a la autodeterminación (autonomía) se especifica que “el paciente tiene derecho a la autodeterminación y a tomar decisiones libremente en relación a su persona. El médico informará al paciente las consecuencias de su decisión. El paciente adulto mentalmente competente tiene derecho a dar o negar su consentimiento para cualquier examen, diagnóstico o terapia. El paciente tiene derecho a la información necesaria para tomar sus decisiones. El paciente debe entender claramente cuál es el propósito de todo examen o tratamiento y cuáles son las consecuencias de no dar su consentimiento.”

El dilema o conflicto entre el deber de hacer del médico (transfundir sangre) por un lado, y de respetar la autonomía del paciente a no aceptarla por el otro, puede quedar moralmente solucionado con la equivalencia de lo propuesto en la Declaración de Malta de la Asociación Médica Mundial sobre las Personas en Huelga de Hambre, adoptada por la 43ª Asamblea Médica Mundial en Malta, noviembre de 1991 y revisada por la 44ª Asamblea Médica Mundial en Marbella, España, en septiembre de 1992) al especificar que: cada ser humano tiene la obligación moral de respetar el aspecto sagrado

[en sentido figurado, no como adjetivo] de la vida. Especialmente en el caso de un médico que aplica sus conocimientos para salvar la vida y actuar en beneficio de sus pacientes. Es deber del médico respetar la autonomía que el paciente tiene sobre su persona y necesita el consentimiento informado de sus pacientes antes de aplicar sus conocimientos para ayudarlos, a menos que existan circunstancias de emergencia, en cuyo caso el médico debe actuar en beneficio del paciente. Este conflicto es aparente cuando una persona en huelga de hambre [o en nuestro caso que no acepta sangre], que ha dejado instrucciones claras [Directriz Médica/Exoneración Médica por Anticipado] de no ser resucitado, entra en coma y está a punto de morir. La obligación moral fuerza al médico a resucitar [o transfundir sangre] al paciente, incluso en contra de los deseos de éste. Por otra parte, el deber fuerza al médico a respetar la autonomía del paciente. Estar a favor de la intervención puede debilitar la autonomía que el paciente tiene sobre sí mismo. Estar a favor de la no intervención puede tener como resultado que el médico tenga que enfrentar una muerte evitable. Hay una relación paciente-médico cuando éste por deber, en virtud de su obligación con el paciente, aplica sus conocimientos, ya sea en la forma de consejo o de tratamiento, y puede existir a pesar de que el paciente no dé su consentimiento a ciertas formas de tratamiento o intervención. Pero, una vez que el médico acepta atender a una persona en huelga de hambre [o a un Testigo de Jehová], esa persona pasa a ser el paciente del médico con todas las responsabilidades y consecuencias de la relación paciente-médico, incluyendo el consentimiento y la reserva. Y sigue estipulando la Declaración-, la decisión final sobre la intervención se debe dejar a cada médico, sin la participación de terceras personas cuyo interés principal no es el bienestar del paciente. Sin embargo, el médico debe dejar bien en claro al paciente si puede o no aceptar su decisión de rechazar el tratamiento, lo que implica un riesgo de muerte. Si el médico no puede aceptar la decisión del paciente de rechazar dicha ayuda, entonces el paciente debe tener el derecho a ser atendido por otro médico.

Esta última parte nos coloca en otra dimensión que es la de proteger el legítimo derecho de los objetores de conciencia, válido tanto para el pa-

ciente como para el médico. Para la salvaguarda de este derecho en el prestador de servicios de salud, que por igual puede hacerse para el del paciente, se ha hecho la propuesta de una adición al quinto párrafo del Artículo 50 Constitucional que reza: El Estado no puede permitir que se lleve a efecto ningún contrato, pacto o convenio que tenga por objeto el menoscabo, la pérdida o el irrevocable sacrificio de la libertad de la persona por cualquier causa. [Adición propuesta:] "O en su caso que se realice el atropello de sus convicciones éticas o principios religiosos, debiendo respetar la objeción de conciencia del trabajador ante un acto laboral ilícito o inmoral."¹³

A pesar de estas declaraciones y de otras voces,¹⁴ a favor del esfuerzo de los pacientes Testigos de Jehová por hacer valer su autonomía y sus derechos con sustento en sus convicciones religiosas aun con una "Directriz Médica/Exoneración Médica por Anticipado" impresa y signada que presentan, firmada por dos testigos, se le pretende negar todo valor legal¹⁵ al documento, aunque lo tiene, bajo el argumento de que la vida y la integridad personal no son bienes jurídicos disponibles, situación que ya comentamos y aun cuando ninguna ley dice cuáles son los no disponibles. No obstante insistimos que nuestra visión es la de que este particular paciente *no está* disponiendo de su vida, es decir y reiteramos, no está cometiendo suicidio. Tampoco está obligando con su negativa a aceptar sangre al médico que conviene con su voluntad a matarle (eutanasia), o a facilitarle la muerte (suicidio médicamente asistido) puesto que la intención del paciente no es la de morir, ni la del médico matar ni ayudarlo a morir. De otra parte, también la persona enferma o no, puede pactar o convenir sobre su propia integridad corporal al aceptar ser un donador vivo de órganos o tejidos (riñón o sangre por ejemplo) y al médico que le «extrae» dicho órgano sano no se contempla que realice algo ilegítimo o antijurídico. Entonces, la consideración de que la vida y la integridad personal no son bienes jurídicos disponibles al arbitrio personal, parecen ser manejados a conveniencia y con sesgo paternalista para imponer al creyente Testigo de Jehová la acción médica de transfundirle sangre contra su voluntad expresa, autónoma y libre y por escrito contando con capacidad natural y legal para ello.

Hace falta pues que la ley señale en todo caso y con precisión, cuáles son los bienes jurídicos disponibles y cómo disponer de ellos y, sobre los que no son disponibles, si ellos son absolutos o relativos para que el actuar médico encuentre plena seguridad jurídica y al paciente se le salvaguarde su derecho al respeto a su autonomía en éstos y otros casos problemáticos.

La confrontación entre la libertad y autonomía que asisten igualitariamente tanto al paciente como al médico (en este caso concreto) no debe enfocarse como irreconciliable si se aborda con sensibilidad, prudencia y objetividad, acordando voluntariamente qué hacer o qué no hacer, pero siempre en el mejor interés del paciente.

Referencias

1. **Pellegrino ED.** La relación entre la autonomía y la integridad en la ética médica. Bol Of Sanit Panam 1990;108(5-6):379-390.
2. **Vázquez Rodolfo.** Una justificación liberal de la donación. En: Bioética y derecho. Fundamentos y problemas actuales. Rodolfo Vázquez (compilador) ITAM/FCE. México 1999, p. 203.
3. **Rábago L.** La bioética para el derecho. U. de Guanajuato. México 1998, p. 273.
4. **Charlesworth M.** La bioética en una sociedad liberal. Cambridge University Press, Australia 1996, p. 11.
5. **J. Stuart Mill. On Liberty. J. Gray y G.W. Smith** (comps.), Routledge, Londres 1991, p. 30.
6. **Katz J.** El médico y el paciente. Su mundo silencioso. FCE, México 1989, p.138-139.
7. **Sobrevilla-Calvo P.** El principio ético de la autonomía en la oncología. Gac Med Mex 1997;133(3):273-277.
8. Código Civil para el D.F. en materia común, y para toda la república en materia federal. SISTA, México 1995.
9. **Anderson GR.** Medicine vs religion: the case of Jehovah's Witnesses. Health Soc Work 1983;8:31-38.
10. **Gómez-Almaguer D, Ruiz-Argüelles G, Lozano de la Vega A, García-Guajardo BM.** Leucemia aguda en Testigos de Jehová: dificultades en su manejo. Rev Invest Clin 1990;42(4):3 17-320.
11. **Domínguez Martínez JA.** Derecho Civil. Parte General. Porrúa, México 1994, p. 572.
12. **Choy García SA.** Responsabilidad en el ejercicio de la medicina. OGS. México 1997 p. 43.
13. **Domínguez Márquez O.** Objeción de conciencia en los servicios de salud. Distribuidora y Editora Mexicana. México, 28 Ed. 2000, p. 121.
14. **López-de la Peña XA.** Los Derechos del Paciente. Trillas, México 2000.
15. **Plascencia-Villanueva R.** La responsabilidad penal y la labor profesional de los médicos. Gac Med Mex 1998;134(6):761-766.