



Aspectos éticos del acto médico

Julio César Ballesteros del Olmo^{1,*}

¹ Ex-presidente de la Sociedad Mexicana de Pediatría.

Este documento está dirigido a todos los médicos en general, quienes por su formación dedican su vida a fomentar el bienestar de sus pacientes, sanos o enfermos, objetivo inicial y final de todos nosotros. Para lograrlo, necesitan ejercer su profesión con ética médica, tan manoseada hoy en día. Por fortuna somos muchos los que vamos en busca de ese objetivo. Pero el camino para llegar al bienestar del paciente se llena de obstáculos o simplemente se trunca al surgir errores provocados por la impericia, negligencia o imprudencia, arrojados en la falta de capacitación, el exceso de confianza o simplemente por ejecutar actos médicos carentes de ética y humanismo, que a simple vista parecen ser normales, suscitándose la mala práctica médica.

Por esta razón, los médicos especialistas y subespecialistas debemos reevaluar nuestro accionar ante el paciente; la mala práctica médica ha provocado que en los últimos años, nuestro papel como médicos haya cambiado en la sociedad y mucho tienen que ver los medios de comunicación que avivan en los pacientes y familiares, mediante notas sensacionalistas y acusatorias, el deseo de venganza contra el médico, fomentado por recelo, desconfianza o inconformidad ante un hecho lamentable sucedido con un paciente. El mecanismo de rechazo de los pacientes ofendidos es la demanda médica, mientras que el de los médicos es la medicina defensiva.

Al respecto deben hacerse las siguientes observaciones y recomendaciones:

* **Correspondencia:** JCBO, jc56bo@gmail.com

Conflicto de intereses: El autor declara que no tiene.

Citar como: Ballesteros del Olmo JC. Aspectos éticos del acto médico. Rev Mex Pediatr 2018; 85(4):146-151.

[Ethical aspects of the medical act]

1. Los médicos nos hemos instruido para prevenir enfermedades y en su caso, tratar de curarlas, evitar complicaciones y la muerte, ya sea por la enfermedad o por complicaciones de la misma. Así como favorecer la recuperación y rehabilitación para la reintegración familiar y social, siempre aplicando las mejores estrategias diagnósticas y terapéuticas, al menor costo, con el máximo beneficio,^{1,2} debiendo cumplir con muchos requisitos:

a) Reconocer en primer lugar que cada paciente es un ser humano —igual que él— que vive, al enfermar, una crisis de dolor, angustia, miedo, confusión, incertidumbre; b) por esta razón debe estar dispuesto a escuchar y valorar, “poniéndose en sus zapatos” (es decir, actuar con empatía); c) tener los suficientes conocimientos médicos y científicos; d) ser un médico capacitado, entrenado y actualizado; e) ser un médico consciente de sus deficiencias, aptitudes, habilidades y destrezas; f) aceptar que no sabe todo y que necesita capacitación y actualización constantes; g) contrastar sus conocimientos con los pares en diferentes universos de educación y de trabajo para evaluar sus capacidades reales; h) saber hablar e informar a pacientes en el mismo canal de comunicación y lenguaje, en forma sencilla, directa y explícita acerca de todo lo referente de su salud o enfermedad; i) pedir con oportunidad la opinión de otro colega, cuando no se puede llegar a un diagnóstico de certeza; j) enarbolar la ética médica y los valores humanos como una forma de vida y de trabajo; k) fomentar el bienestar y no tratar de enriquecerse a expensas de sus pacientes como parte de su compromiso social; l) honrar su profesión, ejerciéndola con respeto, disciplina, responsabilidad, puntualidad, honorabilidad, honestidad, honradez, educación, amor y pasión; m) educar y transformar a sus pacientes y alumnos;

- n) profesar el humanismo en su vida diaria rumbo a la excelencia.³
2. Cuando surge una demanda contra el médico, en medio del dolor y resentimiento por el duelo que viven los familiares, la instigación de abogados, (además de los medios de comunicación que hacen leña del árbol caído), el médico es degradado a nivel de delincuente y hasta los jueces en pleno desconocimiento del tema, se sienten capaces de opinar y sacar conclusiones médicas y sentencias infames contra el gremio.⁴
 3. ¿Pero dónde nace ese aparente odio social al médico?, ¿por qué una profesión tan antigua como digna, respetada y admirada, el centro humano-social de las comunidades que contribuye al bienestar social al fomentar la salud y el desarrollo ha caído en descrédito de familias, medios de comunicación y de los mismos médicos?
Trataré de dar una explicación...
Hace años, tal era la necesidad y confianza de los pacientes hacia sus médicos, que se desplazaban gustosos por kilómetros en montañas, valles, ríos y barrancas, a caballo, burro, cuando no a pie, para irlos a visitar, ya que curaría sus enfermedades, y, si no, cuando menos le aliviaría los malestares del alma.
¿Cuándo se pierde esta confianza? No tengo la certeza, pero ya en la década de los 80, por lo menos en Pediatría, los padres de los pequeños pacientes empiezan a mostrar ante el médico desconfianza manifiesta, haciendo preguntas con fundamento “médico” acerca de los problemas y enfermedades así como sobre los medicamentos instituidos para su tratamiento, teniendo como herramientas libros de medicina o de pediatría que adquirirían para este fin.
 4. Hoy en día, en el clímax del desarrollo de la ciencia y tecnología aplicadas al ejercicio médico, la educación médica en las escuelas de medicina da preferencia a las materias clínicas y minimizan o excluyen las horas de ética y bioética y, en general, de las ciencias psicosociales. Las rotaciones clínicas de los estudiantes de medicina en los hospitales-escuela son momentos esperados con ansia y, es aquí, donde los jóvenes estudiantes confirman sus sueños de hacer una especialidad médica, en medio de los estudios, diagnósticos y tratamientos de vanguardia, al terminar la carrera, en el programa de residencias médicas, situación a veces muy difícil de alcanzar. En el año 2017, de acuerdo con información de la UNAM, se presentaron al ENARM alrededor de 52,000 aspirantes, siendo aceptados 8,266 jóvenes mexicanos y 524 extranjeros para un total de 8,790

(¡sólo 17%)^{5,6} quedando fuera 43,210 médicos. Así, este grupo sufre la desesperanza de no ingresar a un hospital, buscando, entre otras actividades, a dedicarse a la medicina privada —mal pagada—, dependiente de los consorcios mercantiles, o bien, en un consultorio médico personal prestado o rentado (cuando bien les va) o dedicarse a preparar el siguiente examen, y en el peor de los casos, insertarse en las cadenas de consultorios de farmacias como consultores médicos con bajo sueldo o comisión. Muy probablemente, bajo este esquema, en estas farmacias la venta de productos farmacéuticos o solicitud de exámenes de laboratorio aumentarán. Entonces, estos médicos ingresarán al rubro de la medicina mercantilista y son entonces acusados y denostados por otros médicos, por venderse, a muy bajo costo al mejor postor, así como por estar muy mal preparados, hacer malos diagnósticos y pésimos tratamientos, generando complicaciones y derivaciones tardías.

5. Analicemos ahora a la atención en el servicio público en México, donde se atienden millones de pacientes, en la mayoría, de clase media y baja, y en donde la carga de trabajo es mucha, tanto en urgencias, como en la consulta externa y hospitalización. Supongamos que se atienden en la consulta de medicina familiar 20 pacientes en dos horas, dedicando seis minutos por paciente para interrogatorio, exploración, expedición de solicitudes de laboratorio, y recetas. La escasa comunicación no permite empatía, sólo hay preguntas y respuestas breves, sin que el paciente tenga la confianza ni siquiera de preguntar qué tiene y para qué sirve lo que le recetan, ni el médico tiene el tiempo y las ganas para hacerlo. Se trabaja rápido (y muy probablemente mal) porque hay más tareas que realizar. Dependiendo del nivel de atención los médicos son, en muchos casos, residentes supervisados o no por el médico encargado en turno. Y así van aprendiendo, sin que nadie les diga qué está bien hecho y qué es reprochable.
Los grandes hospitales-escuela, que son de alta especialización, utilizan herramientas científicas y tecnológicas de avanzada, medicamentos y esquemas terapéuticos nuevos y costosos, al alcance de un limitado grupo de pacientes. En general, estos últimos tienen enfermedades raras, complicadas o que representan problemas de salud pública (que aun así rebasan la capacidad de atención de las unidades) y cuando la sagacidad y posibilidades del médico van más allá, se extenderá la cobertura a los pacientes que tengan la posibilidad de pagar

en la medicina privada los costos de su atención, ya sea en consultorio o en hospital. La atención de la medicina de alta calidad y costo queda limitada a los pocos pacientes que quedan atrapados en las diversas clínicas de especialidad o a los pacientes de altos recursos económicos, capaces de pagar su atención por vía directa o con seguros de gastos médicos mayores.⁷

6. Por lo general, los médicos no han recibido capacitación en medicina humanista, siguen actuando con la ética que han ido moldeando al paso de los años, acumulando conocimiento y experiencia personal, a veces siendo reflejo fiel de sus profesores que realizan el acto médico por el camino de la ética personalista o de conveniencia, en la que actúan convencidos de que lo que hacen está bien. En esta práctica médica se han dado situaciones dañinas para el ejercicio médico. Desde hace más de 15 años en la atención médica pública institucional se han copiado los esquemas de la medicina privada, donde el médico deja de ser un médico que da asistencia al paciente, convirtiéndose en un trabajador o servidor público, o bien, en un prestador o proveedor de servicios (es decir, la atención médica se transforma en un servicio) y el paciente deja de observarse como un ser humano, convirtiéndose en un objeto. Es como llevar el coche al mecánico cuando se descompone para que lo revise, haga su diagnóstico y un presupuesto; si el dueño del auto está en condiciones, debe pagar y se lo arreglan. Así en el ejercicio de la medicina a nivel público y privado, salpicado de los grandes avances de la ciencia y la tecnología, el médico paulatinamente va perdiendo la relación médico-paciente y sustituye un buen interrogatorio y exploración por exámenes de laboratorio y gabinete que encarecen el servicio y el costo de atención, retrasan el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno. En la medicina privada se exhorta a los médicos a ingresar más pacientes y a pedir más estudios para sanear la economía de los hospitales, so pena de incrementar rentas de consultorios o salir expulsado de los grupos médicos. La medicina se mercantiliza y en no pocas ocasiones se torna fraudulenta.⁸
7. En estas condiciones, hoy en día esa atención de pocos minutos causa desesperanza y enojo por falta de información, deficiencia de ésta desinterés en sus pacientes. Así, los familiares tienen la impresión de una atención deficiente, de trato inhumano y hacen búsquedas en internet para encontrar explicaciones por sí mismos, discutiendo después

los diagnósticos, estudios y tratamientos de los médicos. El abismo se hace más grande por la pérdida de la confianza y ante cualquier situación que les parezca un error médico, (sobre todo cuando va de por medio la vida de los pacientes), enarbolan la demanda médica como un mecanismo de castigo y reparación del daño ocasionado por uno o más médicos. Así, las demandas médicas han aumentado, ocasionando mayor intervención de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) para hacer llegar a un arreglo satisfactorio a las partes,⁹ incluso los casos han llegado a la demanda penal con intervención de policías y jueces que vienen a enturbiar aún más la relación médico-paciente. Sumado a ello, fuera de los hospitales, en las salidas y escalinatas, abogados corruptos incitan a los familiares afectados por alguna muerte o percance a los pacientes a la demanda judicial, aun cuando no les asista la razón, aunada a la intervención de los medios de comunicación. El médico inmiscuido se transforma en cuasi-asesino y se presume culpable antes de presumirse inocente. Todo lo anterior lleva a la judicialización del acto médico.¹⁰

En oposición a estas conductas, los médicos se han visto en la necesidad de realizar una medicina defensiva, solicitando todos los estudios de laboratorio y gabinete por si algo “no funciona” bien y para cubrirse las espaldas. Pese a ello, no es raro encontrar que se olvide consignar en el expediente clínico de todo lo que hace, su justificación y explicación. Lo cual es necesario en todo expediente, al igual que la firma del consentimiento informado, (para todo proceso diagnóstico y terapéutico, que se lleve a cabo en el paciente), ya que ambos constituyen la única herramienta válida para respaldar una defensa exitosa del médico demandado.¹¹

8. Recordemos que en diciembre de 2012, la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) dictó una nueva tesis jurisprudencial (129/2012) con implicaciones importantes para la actividad de atención médica. En síntesis específica que cuando la actuación médica del personal del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) cause daño a los bienes o derechos de los pacientes por acción u omisión, debe aplicarse el concepto de “actividad administrativa irregular”, determinado en el artículo 113 constitucional. En este caso, el Estado tiene la obligación de reparar el daño y restituir el derecho a los afectados. También decreta que, para que las medidas sean

“justas” deben determinarse en cada caso por un juez y no con base en tabuladores u otras normas preestablecidas.¹²

De aquí se han derivado más inculpaciones y detenciones médicas que lesionan la integridad física, moral, social y profesional del médico que nos hace encender los focos rojos para revisar el entorno de nuestro accionar como médicos, evaluar en qué estamos fallando y no sólo protestar por la judicialización de nuestras acciones.

Y en medio de la formación de organizaciones médicas que basan su fundación en la defensa del médico “porque somos médicos, no delincuentes”,¹³ también deberían revisar y analizar el accionar médico ante el paciente. En toda situación donde hay dos partes en conflicto, debemos evaluar a ambas, a la demandante y a la demandada, pues sólo así tendremos la capacidad de vislumbrar una realidad porque hay mucho que analizar, aprender y corregir en el acto médico. El acto médico en la toma de decisiones puede llevar a cometer errores, pues somos seres humanos, no somos infalibles.

9. A continuación ponemos a su consideración breves casos en los que el lector podrá evaluar si hay errores o no en el acto médico.

Caso 1

Médico llevado a prisión acusado de homicidio con la agravante de responsabilidad médica por los padres de un preescolar, quien fue ingresado a hospital particular en turno vespertino por fractura de codo izquierdo. El niño entró a quirófano a las 22 horas para reducir la fractura, pero no se recuperó de la anestesia seis horas después. Tras 6:30 horas se envía a otro hospital que cuenta con unidad de terapia intensiva, (servicio del que adolecían en el hospital donde se operó). Se ingresa con diagnósticos de taquicardia supraventricular, y muere alrededor de una hora después. Se acusa al colega de “actuar omisivo”, dolo eventual y antijurídico, con sentencia con agravante de responsabilidad médica, vinculándose a proceso.

Todo lo anterior le puede suceder a cualquiera de nosotros y podemos perder nuestro prestigio profesional ganado con sudor, lágrimas, desvelos, inversión de tiempo, dinero y esfuerzo, cuando hay un desenlace que parece error médico o cuando se hacen “cosas buenas que parecen malas” o “cosas buenas que se tornan malas por decisiones inadecuadas”.

Todos somos inocentes hasta que se demuestre lo contrario. En un caso como éste no enjuicamos a nadie,

evaluamos lo que está escrito y, de acuerdo a nuestro conocimiento, y razonamiento formemos nuestro criterio de evaluación, llegando a conclusiones positivas en futuras actividades médicas.

Simplemente hacemos estas preguntas: ¿La fractura era una emergencia médica?, ¿pudo haberse evitado el desenlace?

Caso 2

Se recibe llamada en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) de hospital de concentración sobre la llegada a un hospital de segundo nivel de paciente embarazada con trillizos, preeclampsia y trabajo de parto prematuro de 27 semanas de edad gestacional. La llamada es para solicitar tres lugares en UCIN que en ese momento está al máximo de cupo, sin expectativas de altas en una semana o movimientos internos para liberar lugares. Se sugiere iniciar tratamiento a la madre y trasladarla urgentemente a un hospital de Ginecobstetricia con capacidad de brindarle asistencia a ella y a los recién nacidos (RN). Desafortunadamente, se inicia tratamiento específico, no se traslada y el nacimiento ocurre una semana después, ameritando los tres RN prematuros asistencia en la UCIN, situación que no se da por falta de cupo y por no haberlos trasladado a un tercer nivel de atención o de alta especialización. En consecuencia los RN van muriendo con diferencia de días ante la impotencia de los médicos y desesperación de los padres.

Caso 3

En hospital público de segundo nivel se reporta nacimiento en la tarde-noche de RN prematuro de 30 semanas de edad gestacional que no amerita maniobras especiales y que desarrolla insuficiencia respiratoria leve, de madre aparentemente sin antecedentes de importancia. El hospital no cuenta con UCIN, la Rx de tórax rotada, pero totalmente anormal en campos pulmonares, mediastino y silueta cardiaca. Se hace diagnóstico de neumomediastino, neumotórax, neumopericardio, colapso pulmonar y cardiopatía congénita. Todos los diagnósticos radiológicos son de gravedad y con alto riesgo de muerte, las imágenes radiográficas y la insuficiencia respiratoria preocupan a los médicos, ya que no hay UCIN en el hospital. Sin embargo, la insuficiencia respiratoria no evoluciona, se instala en incubadora con oxígeno y se planifica su traslado al día siguiente. El RN muere a la 4 am.

Surge la pregunta: ¿Por qué se atendió el parto de un embarazo prematuro a sabiendas de que no se

tenía la infraestructura? Si no había un diagnóstico de certeza, ¿los criterios de tratamiento y la vigilancia de la evolución clínica fueron los correctos?

Caso 4

Nace en hospital privado un RN prematuro con asfisia severa, sometido a maniobras de reanimación, quedando con intubación orotraqueal y asistencia ventilatoria mecánica, nutrición parenteral por espacio de una semana. El RN fallece con diagnóstico de anencefalia. La pregunta obligada: ¿Debió reanimarse y tratarse al paciente por una semana con este diagnóstico?, ¿se informó a los padres sobre el pronóstico de vida y función del paciente?

10. Sin pretender satanizar los casos y en el entendido de que sólo estamos comentando sobre lo que se informa, queda claro que una emergencia debe atenderse inmediatamente y al hacer diagnósticos y decidir la mejor conducta de acuerdo con los padres y en beneficio del paciente, se elige el tratamiento y se estabiliza a los pacientes, se dan cuidados paliativos o se decide trasladar urgente a una unidad con los recursos humanos y materiales suficientes para asistirlos. En el segundo caso, el no trasladar oportunamente provocó la muerte de los neonatos que ameritaban asistencia en una unidad de cuidados intensivos. Del tercer caso desarrollado en un hospital sin los recursos necesarios para atenderlo, cuando todo parecía indicar que se trataba de un paciente en estado crítico, pero dentro de su estado de prematuridad, se reportaba con insuficiencia respiratoria leve, pero sin otras complicaciones y sin más se instaló en incubadora con oxígeno. ¿Cuál fue la causa de la muerte? El cuarto caso plantea muchas dudas acerca de la ética profesional de los equipos médicos.

No dudo en ninguno de los casos que los médicos de los cuatro casos fueran capaces, preparados, experimentados, organizados, normativos, éticos y que hubieran tomado las mejores decisiones en beneficio del paciente, pero si el lugar donde estaban no cuenta con los recursos e instalaciones suficientes de atención, se cae en negligencia institucional. Aquí quedará flotando como la pregunta principal, ¿por qué no se planificaron los traslados de las pacientes para disminuir riesgos en la madre y en sus hijos? Lo que sí se hace evidente en los casos de los RN es una falta absoluta de control prenatal por el obstetra para evaluar el estado de salud o enfer-

medad materna, del producto o de los productos y su canalización a centros especializados, en caso de encontrar patologías que lo ameritan y en consecuencia se hace patente la ausencia de comunicación entre el obstetra y el médico que atenderá al niño al nacer. Si ésta existiera, juntos harían una estrategia diagnóstica-terapéutica para favorecer una buena evolución del embarazo y mejor nacimiento. Existen muchos problemas que impactan los periodos prenatal, natal y postnatal; si la madre es una menor de edad o añosa, si hay desnutrición, obesidad, diabetes, hipertensión, enfermedad cardíaca o renal, embarazo múltiple. Mientras que en los neonatos, la prematuridad, patología pulmonar, diafragmática, cardíaca, del sistema nervioso en el producto, malformaciones o genopatías, etc., son problemas que deben ser detectados por los médicos, ya sean obstetras, pediatras o neonatólogos.

En los casos citados existen detalles que mueven a la duda sobre si el acto médico fue el correcto y si en nosotros es posible una mala decisión, mucho más en los pacientes y familiares mal informados y peor aconsejados.¹⁴

11. Regresemos a la medicina humanista, combatamos el mercantilismo médico a cuenta del paciente y recuperemos la posición social tan respetada desde hace siglos.

Queda al lector hacer una autoevaluación y un análisis profundo de lo aquí presentado y de su accionar como médico.

REFERENCIAS

1. Pérez-Tamayo R. Humanismo y medicina. Rev Fac Med UNAM. 2010; 53(6): 38-43. Disponible en: <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no53-6/RFM053000607.pdf>
2. Palacio-Echeverría AJ. Nuestra realidad frente a la ética humanista. ElPaís.cr. 30 de noviembre de 2015. Disponible en: <https://www.elpais.cr/2015/11/30/nuestra-realidad-frente-a-la-etica-humanista/>
3. Nizama-Valladolid M. Humanismo Médico. Rev Soc Peru Med [Internet]. 2002; 15(1). Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/spmi/v15n1/humanis_medico.htm
4. Hernández-Rodríguez IM, Ferro-González B. Formación humanista y modo de actuación del médico. Estrategia para su integración. Rev Ciencias Médicas. 2015; 19(3): 491-508. Disponible en: <http://www.revcompinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/2239>
5. Comité de Posgrado y Educación Continua. XL Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas 2016. Folios de médicos seleccionados - Médicos con categoría Extranjera. Disponible en: <http://www.cifrhs.salud.gob.mx/site1/enarm/2016.html>

6. Comité de Posgrado y Educación Continua. XLI Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas 2017. Disponible en: <http://www.cifrhs.salud.gob.mx/site1/enarm/2017.html>
7. Rivas-Guzmán JF. Ética y bioética; medicina y derecho. Encuentro por la salud. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2014. Disponible en: https://www.derecho.unam.mx/direccioneditorial/assets/etica_bioetica.pdf
8. Ambrosio-Morales MT, Carrillo-Fabela LMR, González-Mora BV. La responsabilidad del médico como servidor público. Disponible en: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/5/2499/27.pdf>
9. Fernández-Cantón SB, Lezana-Fernández MA. Duración del proceso arbitral en la queja médica. Rev CONAMED. 2017; 22(4): 185-190. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=79264>
10. Castillo-Ortiz PJ. Judicialización. El País. Miércoles 18 de marzo de 2015; Opinión. Disponible en: https://elpais.com/elpais/2015/03/17/opinion/1426620667_811113.html
11. Paredes-Sierra R. Ética y medicina defensiva. Disponibles en: http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2003/ponencia_sep_2k3.htm
12. Tesis Jurisprudencial num. 1a./J. 129/2012 (10a.) de Suprema Corte de Justicia, Primera Sala (Unificación de Criterios). Disponible en: <https://suprema-corte.vlex.com.mx/vid/criterios-471651054>
13. Por fin se hizo justicia. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=QWFaFrGCETU&feature=youtu.be>
14. Bañuelos-Delgado N. Mala práctica. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/comisiones_estatales/coesamed_nayarit/publicaciones/pdf/mala_practica.pdf