

CAPÍTULO 2 ■ ÉTICA DE LA CIRUGÍA PELVIANA

RUTH M. FARRELL, ELI A. RYBAK Y EDWARD WALLACH

DEFINICIONES

Autonomía: concepto que describe la autodeterminación de un individuo y el derecho a dirigir su propia vida a través de sus propias decisiones, acciones y creencias.

Beneficencia o benevolencia: simpatía y buena voluntad para hacer el bien a otros y promoción activa del bien para los pacientes y su protección del daño.

Consentimiento informado: proceso de comunicación entre un médico y un paciente que considera los riesgos, los beneficios y las alternativas de una intervención médica propuesta, a la vez que cumple con los criterios centrales de competencia o aptitud, intercambio de información, comprensión de la información intercambiada y autorización voluntaria.

Sin malicia (no maleficencia): traducido como “no dañar”, el concepto se refiere a la necesidad de prevenir el daño y abstenerse de realizar actos perjudiciales.

TEORÍA Y PRÁCTICA DE LA ÉTICA MÉDICA

El ejercicio de la medicina está regido por un sistema de creencias que guían las acciones de los médicos y de otros profesionales de la salud para actuar y tomar decisiones que son consideradas como éticamente aceptables. En toda la historia de la medicina ha habido diferentes conjuntos de estándares y conceptos de conducta éticamente aceptable como código predominante para los profesionales de la salud. Códigos como los establecidos por el juramento hipocrático sirvieron de piedra angular de la conducta médica durante siglos, hasta que un sistema diferente lo reemplazó en la primera mitad del siglo xx. Esta transición es un reflejo del cambio de los valores de la sociedad sobre salud y bienestar, que evolucionaron con el tiempo como consecuencia de avances políticos, culturales, científicos y tecnológicos.

El campo de la bioética surgió en la década de los cincuenta. Antes de esa época, se consideraba que los principios del juramento hipocrático eran los estándares éticos para la medicina. El principio rector de la acción médica era *primum non nocere*, primero no hacer daño. En la tradición hipocrática, el modelo de paternalismo estructuraba la relación terapéutica. El médico era designado como la persona más calificada para tomar decisiones acerca de las opciones terapéuticas de un paciente. En consecuencia, el cri-

terio del médico era lo que determinaba qué se debía considerar como daño o beneficio secundario a un procedimiento médico, no el criterio del paciente ni el de su familia. Esto se basaba en la creencia de que sólo un experto en ciencia y medicina estaba suficientemente calificado para efectuar la mejor elección entre las opciones terapéuticas. Durante un período en el que los tratamientos médicos eran limitados y las opciones escasas esto no se consideraba un enfoque problemático para la atención del paciente. Sin embargo, a medida que sobrevinieron los cambios de la sociedad, la ciencia y la medicina, los pacientes y el público en general comenzaron a cuestionar estos conceptos tradicionales de la relación médico-paciente.

Con las importantes revoluciones científica y cultural que caracterizaron el período que siguió a la Segunda Guerra Mundial en los Estados Unidos, se consideró que estos estándares establecidos por el juramento hipocrático eran ineficaces para satisfacer las crecientes demandas de la medicina y la ética. El clima social estaba dominado por el avance de los movimientos de derechos civiles, los temas femeninos, y el reconocimiento cada vez mayor de los derechos individuales y la autonomía. Trasladados a la medicina y la ciencia, un nuevo conjunto de innovaciones en la atención sanitaria introdujo nuevos debates morales en la sociedad y la profesión médica acerca del propósito de la atención médica, la definición de salud y la capacidad de la humanidad de regular la fisiología del cuerpo humano. Los anticonceptivos orales, el trasplante de órganos y la diálisis son sólo unos pocos ejemplos de las innovaciones significativas que modificaron la vida de la época. Los interrogantes éticos planteados en respuesta al clima cultural y científico desafiaron los conceptos previos de conducta ética de los médicos. En particular, se rechazó el concepto de que los médicos eran los miembros más apropiados de la relación terapéutica para efectuar las elecciones por el paciente. Con el aumento de la importancia de la autonomía y los derechos individuales, la sociedad hizo campaña para reemplazar la estructura paternalista de la medicina por un modelo que establecía que el paciente era el principal responsable de tomar las decisiones.

Este movimiento llevó a establecer un sistema ético basado en principios como la fuerza impulsora detrás de la medicina moderna. En 1977, el Informe Belmont delineó cuáles debían ser estos principios, conocidos también como estándares. Este esfuerzo masivo por remodelar la bioética moderna dio como resultado el establecimiento de los siguientes principios como piedra angular de la ética médica contemporánea: autonomía, benevolencia o beneficencia, sin malicia (no maleficencia) y justicia.

Autonomía: el concepto de autonomía encarna el ideal de la autodeterminación: que una persona modele su propia vida a tra-

vés de sus propias decisiones, acciones y creencias. Los individuos, como tales, tienen el derecho de tomar decisiones sobre su vida que reflejen sus propias creencias de bienestar y sus valores. El requerimiento de que los otros (es decir, los médicos) deben respetar el derecho de autodeterminación de un paciente es inherente al principio de autonomía.

Sin malicia: la ausencia de malicia, definida como “no hacer daño”, tiene su origen en los preceptos originales del juramento hipocrático. Este principio abarca tanto la necesidad de prevenir el daño como el abstenerse de realizar actos perjudiciales.

Benevolencia: la definición del principio de benevolencia es hacer el bien a los demás. En el caso de este principio, se espera que los médicos promuevan el bien para el paciente, no sólo que lo protejan del daño. Aunque esto puede parecer una distinción sutil respecto del principio de ausencia de malicia, es crucial para la teoría de la ética basada en principios, pues requiere la realización de actos positivos para promover el bienestar de otros.

Justicia: el principio de justicia encara la necesidad de tratar de manera justa a todas las personas. En el caso de la atención de la salud, esto concierne tanto a la relación médico-paciente como a las obligaciones de salud pública de los médicos en la asignación de los escasos recursos médicos.

En este modelo de ética basada en principios, los cuatro elementos centrales tienen, en teoría, igual importancia. En muchas de las situaciones clínicas que el médico encara rutinariamente la solución a complejos problemas éticos exige equilibrar estos principios, y a veces priorizar uno sobre otros. Se puede poner como ejemplo las emergencias médicas, en las que el principio de benevolencia puede primar transitoriamente sobre el de autonomía. No importa cómo se ponderen estos principios, ellos se deben usar, en última instancia, de una manera que haga que las elecciones médicas sirvan al bienestar del paciente al reflejar sus propios valores y creencias.

Aunque el sistema de ética basada en principios establecido por el Informe Belmont es el precursor de los estándares éticos de conducta en la medicina moderna, hay otros modelos legítimos de teoría bioética. Estos son de carácter amplio y representan principios rectores, pero todos provienen del concepto de que el sistema de ética basada en principios no basta para guiar la conducta en el complejo contexto de la atención sanitaria. Dos ejemplos son la ética feminista y la casuística. La ética feminista se basa en el concepto de que las decisiones se toman en un contexto de relaciones y virtudes personales, como compasión, amistad y amor. La ética basada en principios no tiene en cuenta estos factores, descuida los problemas que surgen en una sociedad donde los hombres y las mujeres no son considerados como iguales y, en consecuencia, no sirve a los verdaderos intereses de la paciente. Un segundo ejemplo es la casuística, o ética basada en casos. Esta teoría se basa en el principio de que las lecciones morales obtenidas de la resolución de casos reales de la medicina tienen más valor que un conjunto de principios teóricos que no se modifican. Aplicando este modelo, el razonamiento ético es la consecuencia de ponderar los resultados de casos reales como ejemplos y de crear un conjunto de principios modificables a partir de estas conclusiones. Estos son sólo dos ejemplos de la diversidad de teorías éticas que guían la medicina y sirven como solución para los problemas éticos que no pueden ser dilucidados mediante la ética basada en principios vigente en la actualidad.

La propia naturaleza del campo de la obstetricia y la ginecología prepara la escena para diversos dilemas éticos. Las cuestiones que rodean el comienzo de la vida humana y la función reproductiva favorecen naturalmente interrogantes y debates profundos, y a menudo controvertidos. Además, el movimiento de derechos de las mujeres ha planteado otras cuestiones específicas de la atención de la mujer, como el sometimiento y el control del cuerpo de las mujeres a través de la sociedad y la medicina. Pese a este amplio espectro de temas, las discusiones éticas en obstetricia y ginecolo-

gía a menudo se perciben en términos de un solo tema muy controvertido: el aborto. Sin embargo, el campo de la bioética en la salud femenina tiene un conjunto rico y amplio de implicaciones importantes para la práctica de la medicina y la salud de las mujeres. Avances recientes en medicina y ciencia han introducido nuevas opciones terapéuticas para muchas de las enfermedades que enfrentan los ginecólogos todos los días, como el cáncer de cuello uterino, los miomas y la infertilidad. Los tratamientos genéticos y farmacéuticos, las nuevas modalidades de diagnóstico y las opciones quirúrgicas no invasivas preparan la escena para una multitud de interrogantes y debates éticos multifacéticos. Este capítulo presenta algunos de los conceptos fundamentales de la bioética y la salud femenina, que sirven como punto de partida para encarar cuestiones éticas más complejas y nuevas a medida que surgen en el contexto actual de la medicina y en el futuro.

AUTONOMÍA DEL PACIENTE Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

La autonomía es una de las cuatro piedras angulares de la relación médico-paciente. El consentimiento informado es un mecanismo por el que se reconoce, se respeta y se preserva la autonomía de un paciente en decisiones de la atención sanitaria. Es el resultado de un proceso por el que el paciente toma una decisión voluntaria para proceder a una intervención médica con un buen conocimiento del carácter y de los riesgos del procedimiento, además de los tratamientos alternativos en caso de rechazar el procedimiento. El respeto del consentimiento informado tiene dos propósitos. Por un lado, el proceso de obtener el consentimiento informado respeta y reconoce la autonomía del paciente como algo bueno en sí mismo. Por otro lado, los pacientes se benefician cuando toman decisiones por sí mismos, porque ellos son los que mejor conocen sus propios valores, creencias e ideas de bienestar y salud. Cuando los pacientes toman decisiones informadas y voluntarias acerca de la atención sanitaria, pueden hacer elecciones que cumplan con su concepto de bien y beneficioso.

El término *consentimiento informado* tiene dimensiones legales y éticas. Desde el punto de vista legal, el consentimiento informado se puede considerar como un “punto final”, un criterio de valoración. Los requerimientos legales de consentimiento informado se cumplen cuando la conversación entre el médico y el paciente es documentada en un formulario de consentimiento informado o en la historia clínica. A menudo, obtener una firma en un formulario es sinónimo de lograr el consentimiento informado, pero la toma de decisiones informada va mucho más allá del formulario legal. Desde el punto de vista ético, la toma de decisiones informada implica un proceso de comunicación entre el médico y el paciente, a través del cual éste puede tomar una decisión autónoma de autorizar la intervención (consentimiento informado) o de rechazarla (negativa informada).

A menudo, se utilizan como sinónimos las dimensiones legal y ética del consentimiento informado, pero pueden tener significados e implicaciones muy diferentes. Lamentablemente se suele malinterpretar la función y el significado del consentimiento informado, y se lo considera fundamentalmente un documento legal firmado por el paciente que denota comprensión completa y autorización. Es importante recordar que los requerimientos tanto éticos como legales del consentimiento informado son esenciales en la atención sanitaria. Por importante que sea la documentación legal, no se la debe anteponer a los deberes éticos hacia el paciente. La documentación legal en una historia clínica o un formulario no sustituye el proceso de comunicación ni la toma de decisiones autónoma. Es importante recordar que no todos los documentos legales con una firma del paciente reflejan que ha tenido lugar un proceso adecuado de consentimiento informado.

Un consentimiento informado válido es a la vez informado y autorizado de manera autónoma. Para lograr esto, el médico debe garantizar que se cumplan 5 componentes básicos del proceso de toma de decisiones: 1) competencia, 2) voluntariedad, 3) revelación, 4) comprensión y 5) autorización o rechazo. Estos componentes básicos sirven de guía a los médicos cuando analizan intervenciones médicas con los pacientes para asegurarse de que éstos tomen la decisión más apropiada posible. Si no se satisfacen los 5 componentes básicos, no se ha logrado un proceso de consentimiento informado adecuado.

Competencia

En el contexto clínico habitual, salvo situaciones que implican evaluación psiquiátrica formal, la determinación de la competencia es más una valoración operativa que una evaluación formal. A menudo, los términos *competencia* y *capacidad de tomar decisiones* se emplean como sinónimos, aunque se debe entender que la competencia es un concepto legal más amplio que habla de la capacidad del paciente para manejar sus finanzas y otras dimensiones de su bienestar personal. Beauchamp y Childress definen la capacidad de tomar decisiones de la siguiente manera: “Aunque las propiedades más cruciales para determinar la competencia son controvertidas, en contextos biomédicos, una persona en general ha sido considerada competente si puede comprender un tratamiento o un procedimiento de investigación, deliberar acerca de los principales riesgos y beneficios, y tomar una decisión en función de estas deliberaciones”.

Revelación

La toma de decisiones autónoma depende de la información sobre la intervención médica. El médico debe dar cantidad de información suficiente que le permita al paciente tomar una decisión informada que refleje sus creencias y sus valores, e incluir los riesgos, los beneficios y las alternativas de la intervención médica propuesta. El núcleo de la revelación ética consiste en facilitar la elección autónoma del paciente de aceptar o rechazar la atención médica. Aunque no hay ninguna regla definitiva acerca de cuánta información se debe dar al paciente, un consentimiento informado válido no requiere que el paciente sea informado de todos los riesgos concebibles, no importa cuán remotos o triviales sean. Enumerar riesgos (en forma oral o por escrito) que no son aplicables al paciente, no promueve la autonomía. En cambio, se debe lograr un equilibrio entre el paciente y el médico para determinar cuánta información y cuántos detalles necesita el paciente para tomar una decisión significativa.

Comprensión

El paciente debe tomar una decisión comprendiendo la información provista. No es suficiente mencionar o enumerar los posibles riesgos de una intervención. El paciente debe comprender las ramificaciones de estos riesgos al considerar si procede con una intervención. El médico debe asegurarse de transmitir la información acerca de los riesgos, incluidos los posibles procedimientos para encarar un mal resultado en caso de que éste ocurra. Después, el paciente debe ser capaz de ponderar los riesgos y beneficios del procedimiento en sus propios términos.

Voluntariedad

Sólo se puede obtener el consentimiento informado éticamente válido a través de la autorización voluntaria de un paciente de una intervención médica. No es suficiente el mero cumplimiento de los criterios de capacidad de tomar decisiones, revelación y comprensión. El paciente debe ser capaz de utilizar esta información para formular una decisión que no sea controlada por otros. Si un

paciente es manipulado o coaccionado para que tome una decisión, no se ha logrado un consentimiento informado válido.

Autorización

El corolario del consentimiento informado es la negativa informada. Ésta es la decisión del paciente de declinar la intervención médica propuesta. El respeto por la autonomía del paciente, implícito en el consentimiento informado, se extiende a la opción de rechazar el tratamiento, aunque la decisión contradiga la recomendación del médico. La negativa informada puede ser tan menor como el rechazo de un procedimiento programado simple o puede implicar el rechazo de tratamientos para salvar la vida. Un paciente puede rechazar el tratamiento por diversos motivos. Una razón puede ser que la intervención o el resultado no corresponden a su concepto de bueno. Por ejemplo, un paciente puede rechazar un tratamiento médico, porque cree que es nocivo o incongruente con sus creencias personales.

Se debe llegar a un equilibrio entre el respeto por la autonomía del paciente y el deber de benevolencia del médico. Es tarea del médico estar tan seguro como sea posible de que la decisión es informada y compatible con los valores y las creencias del paciente. En situaciones en las que la negativa puede provocar alteraciones significativas, dolor o muerte, el médico debe hacer todos los intentos para asegurarse de que estas decisiones son compatibles con las creencias del paciente y esto ha sido así a lo largo del tiempo. Los médicos pueden estar considerando todavía el mejor interés de su paciente al dar preferencia a sus convicciones espirituales o personales sobre el beneficio médico. Otro aspecto importante de la negativa informada es que puede tener lugar al comenzar un tratamiento o más adelante cuando un paciente se niega a continuarlo o a ser sometido a una intervención similar o idéntica. La disposición del paciente a someterse a un tratamiento en el pasado no significa un consentimiento implícito en el futuro.

Hay circunstancias en las que un médico puede proceder con una intervención médica sin el consentimiento informado del paciente. En general estas circunstancias implican situaciones de emergencia. Por ejemplo, el paciente puede estar súbitamente incapacitado o inconsciente y, por lo tanto, es incapaz de dar cualquier clase de autorización autónoma. Alternativamente, el paciente puede estar consciente y por lo demás capaz de tomar decisiones, pero dado el carácter de emergencia y crítico de su estado, es necesario iniciar una intervención inmediata, y no hay tiempo para entablar una discusión con el paciente. En la primera situación, puede haber tiempo para obtener autorización de un familiar apropiado o de alguien designado para tomar las decisiones médicas. En la segunda situación (y, en ocasiones, en la primera), no hay tiempo, y el médico debe tomar una decisión en nombre del paciente. La decisión se debe tomar en función de lo que se considera el mejor interés médico del paciente y suele asumir que la mayoría de la gente optaría por que se instituyan medidas para salvar la vida.

El consentimiento informado desempeña un papel vital en el ejercicio de la obstetricia y la ginecología, porque este campo de la medicina concierne a la anatomía y la función del sistema reproductivo y la sexualidad de las mujeres. Cuestiones privativas de la salud femenina han llegado a un primer plano, debido a las preocupaciones por el control y el sometimiento histórico de las mujeres y sus cuerpos a través de la sociedad y la medicina. Además, hay una tendencia creciente a reconocer el papel vital de las relaciones en una toma de decisiones médicas acerca de temas reproductivos. Las pacientes rara vez toman decisiones acerca de su sexualidad y reproducción en un vacío, sino dentro del contexto de relaciones con otros, sean amigos, parejas o familiares. Es crucial reconocer estas cualidades inherentes en obstetricia y ginecología cuando se obtiene consentimiento informado para un tratamiento médico o un procedimiento a fin de maximizar la expresión autónoma de las preferencias personales de la paciente.

ASPECTOS ÉTICOS DE LA CAPACITACIÓN QUIRÚRGICA

La competencia del cirujano es un compromiso moral con el paciente, especialmente antes de practicar un nuevo procedimiento quirúrgico. Es esencial obtener la preparación adecuada en las ciencias básicas y en clínica así como el entrenamiento en las técnicas quirúrgicas antes de incluir un nuevo procedimiento en la medicina. Un ejemplo ilustrativo de un exceso de entusiasmo por un procedimiento fue la súbita popularidad del trasplante cardíaco en la década de los años 1960. La investigación preparatoria de los trasplantes cardíacos en el laboratorio comenzó en 1905, pero el primer trasplante exitoso de corazón en un perro se llevó a cabo en 1960. En 1958, se introdujo la inmunosupresión, que es esencial para el procedimiento, y la supervivencia prolongada de los injertos se logró en 1965. Christian Barnard informó el primer trasplante exitoso de corazón en un ser humano en diciembre de 1967, en Sudáfrica. A fines de 1968, 64 grupos de cirugía habían trasplantado 101 corazones humanos en 22 países. La mayoría de los pacientes mejoró durante un breve tiempo y murió después debido al rechazo del trasplante o a infecciones. En 2 años, el procedimiento fue desacreditado en gran medida y pasaron otros 10 años hasta que se restauró la amplia aceptación de la operación. Esta experiencia ilustra la necesidad de limitar los procedimientos difíciles y complejos a centros especializados que tengan los recursos y cirujanos capacitados en forma adecuada para realizarlos.

Ocurre lo mismo con la cirugía pelviana compleja. La adopción de consejos de subespecialidades por el *American Board of Obstetrics and Gynecology*, cada uno con requerimientos de capacitación pos-residencia y estándares de evaluación para la certificación, ha ayudado a enfatizar la necesidad de que los cirujanos pelvianos reciban capacitación especializada en técnica quirúrgica. La rápida expansión de los procedimientos de capacitación en cirugía laparoscópica refleja la necesidad de contar con más obstetras y ginecólogos que sean técnicamente idóneos para servir a la sociedad de manera eficaz y segura. Además de los conocimientos básicos, la experiencia clínica, la capacitación y la práctica, el cirujano competente opera con la atención y la concentración acordes con el quirófano. De hecho, las preocupaciones legítimas respecto del posible menor rendimiento del personal interno excesivamente cansado que trata y opera pacientes han favorecido ciertas modificaciones en el régimen de horas laborales y la capacitación de este personal. Actualmente los programas de capacitación enfrentan el desafío simultáneo de proteger el bienestar de sus pacientes de una atención potencialmente subóptima y a la vez garantizar que esos cirujanos, tras completar su capacitación, operen de manera competente en condiciones menos que óptimas y de emergencia.

La mayoría de los cirujanos entrenados antes de la Segunda Guerra Mundial tuvieron programas de residencia en hospitales urbanos grandes, donde se atendían pacientes sin los recursos adecuados o sin seguro médico. Se aceptaba que médicos en formación (como estudiantes del último año, internos y residentes) trataran e incluso operaran a estos pacientes, preferiblemente bajo la supervisión de voluntarios con experiencia o de docentes rentados, y sólo cuando el profesional en formación hubiera alcanzado el nivel de competencia necesario. Cuando la atención sanitaria pasó a estar bajo los programas de ayuda social Medicare y Medicaid financiados por el gobierno y los seguros de salud fueron más comunes, muchos pacientes buscaron los servicios de médicos particulares. La llamada atención gratis o de los servicios de residencia con frecuencia no podía reclutar la cantidad suficiente de pacientes para permitir un entrenamiento adecuado de los nuevos cirujanos. Esto ocurrió especialmente en la cirugía pelviana; al darles a elegir, las pacientes se alejaban de las clínicas, donde era difícil mantener la privacidad y la dignidad, y entonces se presentaban en gran número en los consultorios de los médicos particulares. El problema era que las pacientes estaban mal informadas o no conocían bien la función cumplida por los médicos

en formación, y a menudo esto sólo se evidenciaba al surgir complicaciones o cuando se revisaban las historias clínicas en casos de mala praxis. Aunque en la actualidad los pacientes suelen estar mejor informados, éticamente sigue siendo necesario comunicarles la vinculación de la atención con la enseñanza o el entrenamiento en cada caso, para encarar adecuadamente las objeciones antes del procedimiento planificado o disponer otras modalidades de asistencia. La mayoría de los cirujanos que participan en programas de enseñanza les informan a sus pacientes que la cirugía moderna demanda un esfuerzo de equipo y que los residentes pueden intervenir en la asistencia o la cirugía, pero que, como cirujanos, no sólo estarán presentes, sino que estarán a cargo y se responsabilizarán de todo lo que ocurra. La enseñanza no debe tener lugar en el quirófano de no mediar esta revelación y el consentimiento informado del paciente, que debe conocer la función, el estatus y la experiencia del residente. Hace mucho tiempo los estudiantes eran presentados como médicos a los pacientes en lugar de revelar su verdadera condición, pero esos tiempos han pasado.

Dada la limitación del número de horas que un médico puede trabajar durante su capacitación, formar cirujanos competentes se ha vuelto aún más difícil hoy que en el pasado. Esta situación ha exigido enfoques destinados a complementar y amplificar los programas de residencia específicamente en lo que concierne a la capacitación quirúrgica. Se han creado nuevos métodos de capacitación diseñados para acelerar el aprendizaje. Éstos están dirigidos a familiarizar al individuo que se está capacitando con la instrumentación y el manejo de los instrumentos quirúrgicos, mejorar la destreza manual, agudizar la coordinación ojo-mano y aumentar el conocimiento de la anatomía pelviana. Además, durante el curso de la residencia, se deben desarrollar las aptitudes de toma de decisiones y los fundamentos del tratamiento de emergencia. Uno de los enfoques valiosos que se ha resucitado hace poco es el laboratorio de cirugía animal. Evidentemente, el tamaño de las estructuras en los animales de laboratorio no refleja los de un ser humano. Los simuladores para procedimientos quirúrgicos endoscópicos utilizan maniquíes o modelos humanos. Los modelos pelvianos fabricados también se utilizan con frecuencia a fin de aumentar la habilidad para practicar maniobras para partos normales y quirúrgicos. Estos ejercicios innovadores ayudan a preparar al estudiante para experiencias halladas en el quirófano e, incluso, pueden ser eficaces para que el cirujano ya en ejercicio refresque la práctica de determinadas técnicas. El método final para obtener destreza quirúrgica es el procedimiento quirúrgico propiamente dicho, llevado a cabo en pacientes reales bajo la guía y la supervisión de un cirujano consumado, con capacidad de comunicar de manera eficaz tanto el procedimiento como las técnicas. La única manera de aprender a manejar las complejidades quirúrgicas con habilidad es hallar personalmente estas complicaciones mientras se está bajo la tutela de un preceptor que también ha enfrentado estas mismas complicaciones. Asimismo, se han desarrollado programas simulados que incorporan lecciones computarizadas para mejorar la habilidad para recabar la anamnesis y para simular el tratamiento de emergencia en forma de módulos prácticos.

Además de los conocimientos médicos y quirúrgicos fundamentales, la experiencia clínica, la capacitación y la práctica, el médico competente debe actuar de una manera responsable y profesional, ya sea en el contexto clínico o quirúrgico. El deterioro de las habilidades médicas debe ser cabalmente evaluada a fin de para que se pueda recibir ayuda para mejorar y evitar la lesión de sus pacientes. Las instituciones de atención sanitaria deben contar con mecanismos accesibles para los pares a fin de facilitar este proceso.

EXAMEN BAJO ANESTESIA

Un artículo publicado en la edición de febrero de 2003 del *American Journal of Obstetrics and Gynecology* demostró que los

estudiantes de medicina estaban realizando exámenes pelvianos preoperatorios a las pacientes anestesiadas sin haber obtenido consentimiento previo específico y, debido a la preocupación del público, tanto el *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) como la *Association of American Medical Colleges* publicaron declaraciones que hacían hincapié en la primacía de la autonomía del paciente y el consentimiento informado apropiado sobre las exigencias de la educación médica.

En la práctica actual, el examen bajo anestesia es practicado de rutina sólo por miembros del equipo quirúrgico para permitir una mejor apreciación de la anatomía pelviana de la paciente. En general el equipo quirúrgico está integrado por 1 a 4 miembros; como máximo incluye al cirujano responsable, un residente mayor, un residente menor o un interno y un estudiante de medicina. Aunque las partes importantes de la cirugía están a cargo de los cirujanos experimentados, los ayudantes con menos experiencia, como el estudiante de medicina, tienen tareas auxiliares pero esenciales como la separación, la exposición y las suturas menores.

La declaración del ACOG, publicada en 2003, estableció: "Si un examen pelviano planificado en una mujer anestesiada que se va a someter a cirugía no representa ningún beneficio personal para ella y se realiza sólo con fines docentes, éste debe realizarse sólo con su consentimiento informado específico, obtenido mientras tiene plena capacidad de tomar decisiones". Se puede argumentar legítimamente que todos los cirujanos y ayudantes quirúrgicos, incluido el estudiante de medicina, requieren una apreciación máxima del campo quirúrgico para optimizar su desempeño durante el procedimiento. En consecuencia, no se debe pensar que el examen pelviano no ofrece "ningún beneficio personal" a la paciente. Además, el examen bajo anestesia no se debe considerar separado del resto del procedimiento sino un adyuvante necesario. Esta posibilidad de los miembros del personal de brindar asistencia intraoperatoria y posoperatoria no debe limitarse cercenando un componente esencial del procedimiento ginecológico.

Se pueden adoptar por lo menos 3 medidas para garantizar el respeto de los derechos de la paciente y garantizar, a la vez, la atención quirúrgica apropiada: 1) incorporar explícitamente el examen bajo anestesia en el formulario de consentimiento quirúrgico, 2) discutir abiertamente con la paciente la importancia y la participación de todos los miembros del equipo en el examen bajo anestesia y 3) asegurar una atmósfera de respeto y dignidad acordando por adelantado un número determinado de exámenes pelvianos.

ASPECTOS MÉDICO-LEGALES DE LA ATENCIÓN GINECOLÓGICA

Al encarar el tema de la responsabilidad profesional de obstetras y ginecólogos, la encuesta del ACOG de 2003 indicó que la cantidad media de demandas contra obstetras/ginecólogos durante toda su carrera profesional era, hasta ese momento, de 2,6. De los que respondieron a la encuesta, el 76% había recibido una o más demandas.

Los obstetras y los ginecólogos pagan las primas más altas de los seguros de responsabilidad profesional de todas las especialidades médicas. En muchos estados, este factor ha llevado a una jubilación temprana, la eliminación de procedimientos obstétricos y/o quirúrgicos de la práctica o a reubicación en otro estado. Ser mencionado en un juicio por mala praxis deriva en horas interminables de esfuerzos no relacionados con la práctica médica, ansiedad indeseada y, en algunos casos, abandono del ejercicio de la profesión. Una serie de factores contribuye al costo del seguro. Los obstetras y los ginecólogos pueden controlar algunos de estos factores para minimizar las probabilidades de ser citados en una demanda. Dos principios simples son útiles para prevenir una demanda legal o para esgrimir una defensa si ésta se presenta. Estos dos conceptos forman la base de todas las estrategias de manejo del riesgo y

prevención de pérdidas. Abogados demandantes y defensores han llegado a un consenso de que dos factores, documentación y comunicación, mejoran las probabilidades de que no se inicie un juicio o de que, una vez iniciado, se pueda plantear una defensa exitosa.

Por medio de la documentación, las siguientes iniciativas básicas y simples deben ser un componente del protocolo de cada médico para confeccionar y conservar las historias clínicas.

1. Registrar la fecha y la hora de cada anotación en la historia clínica.
2. Letra legible.
3. Ingreso en tiempo y forma de todas las anotaciones en la historia clínica.
4. Corrección apropiada de las anotaciones inexactas.
5. Evitar conflictos entre médicos y enfermeros en el registro de la información del paciente.

La presteza con la que un médico responde al síntoma o las preocupaciones de un paciente se puede establecer con certeza si las notas son completas, están correctamente fechadas y cronometradas. Esta cronología sirve para establecer una línea temporal de la atención del paciente y será más creíble en un tribunal o en una audiencia que los recuerdos de la parte demandante semanas o meses después del hecho. Como un resultado quirúrgico adverso no es sinónimo de negligencia, la expresión de razones para el criterio clínico en un diagnóstico o de un plan terapéutico demuestra las alternativas que ha considerado el médico. Éste debe documentar esas alternativas en la historia clínica e indicar que todas fueron analizadas con el paciente antes del tratamiento.

Las anotaciones en la historia clínica deben demostrar con claridad el curso de la atención prestada y el fundamento de la elección de un determinado plan de tratamiento. Estas notas deben ser legibles e interpretables por cualquiera que revise la historia clínica. La incapacidad de leer nuestra propia letra sólo puede afectar negativamente la credibilidad del médico. El marco temporal del tratamiento es crucial, y el rápido registro de los eventos evitará las dudas sobre si los hechos ocurridos antes de una complicación se documentaron recién después que se ha producido ésta y sólo para cubrirse. También se deben ingresar en la historia clínica anotaciones sobre las conversaciones telefónicas con médicos consultores o familiares, con la fecha y la hora del contacto. Una anotación incorrecta de la historia clínica se debe corregir de modo apropiado tachando la anotación errónea y poniendo correctamente las iniciales, la fecha y los cambios. Si se escribe una anotación complementaria, se la debe enumerar como un apéndice. No se debe emplear la historia clínica de un paciente como vehículo para expresar opiniones sobre la inteligencia o la decisión de otro profesional sanitario ni con fines de crítica.

Cuando aparece un evento adverso imprevisto se debe notificar con rapidez a la compañía de seguros o al representante de manejo del riesgo. La comunicación de un médico con representantes legales y/o de seguros y profesionales sanitarios es importante para anticiparse a los problemas legales. Sin embargo, la piedra angular de la atención médica es la sensibilidad del médico para comunicarse con el paciente de manera comprensiva y compasiva. Se debe el tiempo necesario para formular preguntas, que deben ser respondidas con sinceridad. La ruptura de las comunicaciones en la relación médico-paciente es un tema recurrente en el camino que lleva al litigio.

Un médico puede concurrir a un tribunal para testificar en 3 circunstancias posibles: como *acusado*, como *testigo esencial* o como *testigo perito* en nombre del demandante o del acusado. Aunque cada situación tiene aspectos singulares; en todos los casos el médico tendrá la oportunidad de preparar el testimonio con el abogado encargado del caso. Como *acusado*, ya sea en una declaración jurada o en un tribunal, el médico habrá recibido indicaciones generales y específicas del abogado que lo patrocina con respecto a la manera de responder a las preguntas. Cada respuesta debe ser concisa, puntual y dirigida sólo a la pregunta específica formulada por el abogado del

demandante. Sobre todo, las respuestas deben ser sinceras y directas, así como exactas respecto de la evolución clínica y el tratamiento del paciente, según describe la historia clínica. El acusado debe solicitar la oportunidad de ver la historia clínica en cualquier momento, en caso de que necesite recordar detalles específicos, como fechas, horas y secuencia de los eventos.

Se puede citar a un médico como *testigo esencial*, debido a su asociación con el caso específico como participante u observador, pero no como acusado. Son aplicables los mismos principios de comportamiento que en la aparición como acusado. El testigo esencial declara sobre los hechos del caso y no debe expresar opiniones que requieran pericia personal.

El médico que acepta presentarse como *testigo perito* es llamado para hacerlo debido a su experiencia y capacitación personal en la situación clínica particular que está en consideración. El papel de un testigo perito conlleva responsabilidades significativas. La primera y la más importante es tener los conocimientos, las aptitudes y la experiencia para cumplir este rol. Segundo, el testigo perito debe ser objetivo e imparcial, y capaz de analizar estándares de atención en una amplia escala en lugar de limitarse a su enfoque personal. Evidentemente, no es ético que un testigo experto carezca de las referencias apropiadas y/o represente mal el estándar de atención reflejado en el caso en el que testifica. Fundamentalmente, *estándar de atención* hace referencia al nivel de atención que se suele pensar que representa la norma. El estándar de atención prestado en condiciones específicas puede diferir entre distintos lugares o grupos de médicos, simplemente porque los estándares se desarrollan en forma arbitraria y no son sostenidos universalmente. Si aparece un evento adverso, se debe efectuar una distinción entre un mal resultado independiente de la calidad de la atención prestada y un mal resultado que se debe, evidentemente, a negligencia o a atención subestándar.

Hay una serie de garantías para proteger a los pacientes de una práctica clínica mala o poco ética. En el nivel local, los comités hospitalarios de referencias, según exige la *Joint Commission on Accreditation of Hospitals and Health Care Organizations* (Comisión conjunta de acreditación de hospitales y organizaciones de atención de la salud), tienen la responsabilidad de revisar las referencias de los candidatos a personal de planta. Esta responsabilidad obliga a prestar atención al volumen de casos atendidos por año y a la calidad de la atención prestada. Si un médico presta una atención inapropiada o comete infracciones éticas, se le pueden limitar los privilegios para determinados procedimientos o se le puede suspender la práctica en general. El *American Board of Obstetrics and Gynecology* otorga credenciales a especialistas y subespecialistas según la capacitación, la experiencia y el desempeño en exámenes. Hace tres décadas que se exige un examen periódico para mantener la certificación en la especialidad. Este proceso de mantenimiento de la certificación implica evaluar el desempeño en exámenes didácticos y evaluación de aptitudes cognitivas. Hace poco, el *Accreditation Council for Graduate Medical Education* (ACGME, Consejo de acreditación para educación médica de posgrado) y el *American Board of Medical Specialists* (ABMS, Consejo de médicos especialistas de los Estados Unidos) han destacado la importancia de la educación y la adquisición de seis aptitudes básicas (atención del paciente, conocimiento médico, aptitudes de comunicación, profesionalismo, aprendizaje y mejoría basadas en la práctica, y práctica basada en sistemas). Además, los consejos de certificación requieren prueba de matriculación vigente para la certificación y la recertificación. Las sociedades médicas estatales están autorizadas a revisar las quejas y los cargos sobre conducta poco ética de los matriculados. El *National Practitioners Data Bank* (Banco de datos nacional de profesionales) recibe y proporciona datos respecto de infracciones de estándares de práctica. Este sistema fue establecido por el Congreso para impedir que médicos con acciones disciplinarias previas y condenas por mala praxis se muden de un estado a otro para no ser detectados.

Lamentablemente, hay muy pocas garantías, aparte de la observa-

ción colegiada, que permitan controlar la técnica quirúrgica y/o la interacción con los pacientes. La responsabilidad del médico requiere introspección y franqueza, en especial cuando factores como la alteración física y mental o el abuso de sustancias inciden en la capacidad del médico para ejercer de manera segura y eficaz. El profesionalismo está implícito en la conducta cotidiana y la autoevaluación. Una publicación reciente que estudió la asociación entre la acción disciplinaria contra médicos y la conducta no profesional en la facultad de medicina enfatizó la importancia del profesionalismo como competencia básica. La conclusión del informe fue que la acción disciplinaria entre médicos en ejercicio de los consejos de matriculación médica estatales se correlacionaba bien con los antecedentes de conducta no profesional en la facultad de medicina. La asociación más fuerte correspondió a aquellos que habían demostrado conducta irresponsable o una menor capacidad de mejorar su conducta como estudiantes en el pasado.

PRIVACIDAD Y LEY DE TRANSFERIBILIDAD Y RESPONSABILIDAD DEL SEGURO MÉDICO

En 1996, el Congreso promulgó la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (*Health Insurance Portability and Accountability Act*, HIPAA), que establecía estándares nacionales mínimos para garantizar la confidencialidad de la información de salud protegida (denominada también *información sanitaria identificable individualmente*). Esta medida se debió, en parte, al uso estandarizado de tecnología electrónica en la atención sanitaria, que causó preocupación respecto de la confidencialidad. Los agregados ulteriores a las disposiciones de la HIPAA original incluyeron las Reglas de privacidad, que extendieron la jurisdicción a planes de salud, servicios de facturación, hospitales y profesionales individuales. Al llegar los plazos de cumplimiento, se exigió a todas estas entidades cubiertas que implementaran los estándares establecidos para proteger la información sanitaria identificable individualmente de los pacientes. La salvedad a las Reglas de privacidad era que la protección de la privacidad del paciente no podía interferir negativamente con la calidad de la atención ni generar cargas innecesarias a la atención del paciente.

Citando normas publicadas por los *Centers for Disease Control and Prevention* (Centros de control y prevención de enfermedades) y el *U.S. Department of Health and Human Services* (Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.), la Regla de privacidad de la HIPAA:

- Da a los pacientes más control sobre la información acerca de su salud.
- Fija límites sobre el uso y publicación de historias clínicas.
- Establece las garantías apropiadas que deben ofrecer la mayoría de los profesionales sanitarios y otros para proteger la privacidad de la información relativa a la salud.
- Permite imponer sanciones civiles y penales a los que violan los derechos de privacidad de los pacientes.
- Permite encontrar un equilibrio cuando las responsabilidades con respecto a la salud pública justifican revelar ciertos tipos de datos.
- Permite a los pacientes realizar elecciones informadas sobre cómo se puede utilizar su información de salud.
- Permite que los pacientes descubran cómo se puede usar su información y qué revelaciones de su información se han hecho.
- En general limita la publicación de información al mínimo razonablemente necesario para el propósito de la revelación.
- En general da a los pacientes el derecho de obtener una copia de su propia historia clínica y solicitar correcciones.

- Autoriza a los individuos a controlar ciertos usos y revelaciones de la información sobre su salud.

La complejidad de las reglamentaciones de la HIPAA ha hecho que su implementación resulte difícil y controvertida. Específicamente, es frecuente la confusión acerca de las revelaciones a familiares, en particular cuando el paciente ha autorizado a su familia a ser un participante activo de su atención médica. Esto también surge entre profesionales cuando buscan información sobre sus pacientes para lograr una continuidad de atención. Por último, la HIPAA sí permite flexibilidad del criterio profesional respecto de los “mejores intereses” de un determinado paciente, en tanto las revelaciones respeten los “estándares del mínimo necesario”. Además, la Regla de privacidad no reemplaza las leyes federales ni estatales y permite que instituciones individuales adopten políticas más estrictas para proteger la privacidad de los pacientes.

CONFIDENCIALIDAD

La base de la relación médico-paciente es la confianza. Ésta depende de las premisas de que el paciente tiene derecho a la privacidad y que el respeto de la privacidad permite que los pacientes revelen la información necesaria para ser asistidos por su médico. Esto tiene particular relevancia en ginecología, especialidad en la que las pacientes comparten información delicada con sus médicos acerca de su intimidad y sexualidad. Por esta razón, la confidencialidad es uno de los aspectos más esenciales de la relación terapéutica exitosa.

Es la excepción, y no la regla, que se viole la confidencialidad del paciente. Sin embargo, desde hace tiempo, los parámetros que justifican hacerlo han estado rodeados de tensión y ambigüedad. El Código de Ética de la *American Medical Association* (AMA), revisado en 1957, declaraba: “Un médico no puede revelar las confidencias que recibe en el curso de la atención médica o las deficiencias que puede observar en el carácter de los pacientes, a menos que se lo exija la ley o que se vuelva necesario para proteger el bienestar del individuo o de la comunidad”. Las excepciones a la violación de la confidencialidad son las situaciones en las que retener información puede dañar a un tercero o amenazar la salud pública. Las excepciones obligatorias son casos de violencia y delitos violentos, y la negligencia y abuso de individuos, incluidos mujeres, niños y ancianos. Algunos estados también exigen la comunicación obligatoria de enfermedades infecciosas que pueden plantear un riesgo para la salud pública, como ciertas enfermedades de transmisión sexual y la tuberculosis. Un caso notable de la necesidad de violar la confidencialidad del paciente es *Tarasoff contra los Miembros del Consejo Rector de la Universidad de California* (*Tarasoff v. Regents of the University of California*). En este caso, el tribunal halló negligente a la *University of California* por no advertir a la víctima de homicidio Tatiana Tarasoff y su familia después que Prosenjit Poddar le confió a uno de sus terapeutas que tenía intención de matarla. Dos meses después de la detención transitoria de Poddar por su amenaza inicial, éste la concretó y la asesinó. Como enfatizó la opinión de la mayoría en el caso Tarasoff de 1976: “El privilegio de protección termina donde comienza el peligro público”.

Los ginecólogos se enfrentan a diversas situaciones complejas y difíciles en el campo clínico y quirúrgico en lo que respecta a respetar o violar la confidencialidad del paciente. En este contexto, los médicos deben equilibrar sus obligaciones legales con sus obligaciones médicas de confianza hacia el paciente. En obstetricia surgen conflictos difíciles y no infrecuentes de confidencialidad de la paciente. Un ejemplo es el caso de una mujer que busca interrumpir un embarazo o desea se le realice un procedimiento de esterilización, pero que solicita que su pareja no sea informada. Asesorar a una paciente de este tipo, especialmente después de haber ganado su confianza, puede ayudar a distender la situación.

Aun así, el médico debe recordar su deber con la paciente y su confidencialidad antes de actuar en este tipo de circunstancias. En caso de duda, sobre convicciones personales o deberes profesionales, se puede pedir la intervención del comité de ética del hospital. Sin embargo, en última instancia, en ausencia de una obligación de salud pública o legal compensatoria, predomina la obligación de respetar la confidencialidad del paciente.

ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN EN SUJETOS HUMANOS

Si bien los juicios de Nuremberg a los médicos nazis por los crímenes médicos de la guerra y la publicación del Código de Nuremberg en 1949 representan un hito en la ética de la investigación en seres humanos, ejercieron escaso impacto sobre las prácticas experimentales en los Estados Unidos. La investigación biomédica se expandió de manera exponencial después de la Segunda Guerra Mundial, sin demasiadas regulaciones o supervisiones. El Código de Nuremberg establecía la necesidad de “un consentimiento voluntario del sujeto humano”. Asimismo, este código abarcaba otros aspectos, como la necesidad de justificar un estudio en función de los resultados beneficiosos esperados y de los riesgos, la prevención de daños y de lesión a los individuos, la libertad del individuo para abandonar el estudio y la obligación por parte del investigador de suspender el estudio si su continuación pudiera causar lesiones, incapacidades o muertes. En 1966, el *U.S. Public Health Service* (Servicio de Salud Pública de los EE. UU.) introdujo el requisito de que todas las investigaciones financiadas por el gobierno debían ser revisadas por un consejo institucional local integrado por pares. El objetivo era proteger los derechos de los individuos involucrados, y revisar la calidad del consentimiento informado y los riesgos y beneficios del estudio. Esta regulación fue el resultado del aumento de la toma de conciencia de que este tipo de garantías muchas veces no se cumplían ni siquiera en las mejores instituciones académicas de los Estados Unidos.

De hecho, en ese mismo año, el doctor Henry K. Beecher, profesor de anestesia de la *University of Harvard*, publicó un artículo en el *New England Journal of Medicine*, que describía los problemas éticos de estudios publicados en revistas distinguidas y que provenían de instituciones prestigiosas. Una publicación perturbadora describía el trasplante de un melanoma maligno perteneciente a una niña con una enfermedad terminal a su madre, que había dado su consentimiento, para buscar anticuerpos contra el tumor. La madre murió debido a un melanoma difuso poco después de un año.

Durante las décadas de los sesenta y los setenta, varios estudios poco éticos llegaron a conocimiento del público. En el estudio Willowbrook, se infectó a nuevos residentes que ingresaban en una institución para pacientes con retraso mental con el virus de la hepatitis para estudiar la evolución de la enfermedad y buscar una vacuna. El más notorio fue el estudio Tuskegee, que fue organizado por el *U.S. Public Health Service* para controlar la evolución natural de la sífilis en una cohorte de 400 campesinos afroamericanos. La ausencia de consentimiento informado significativo en 1932, cuando comenzó el estudio, y la ausencia de prescripción de tratamiento con penicilina hasta que el estudio fue expuesto y suspendido en 1972, conmocionaron al público e instaron a actuar al Congreso. El resultado final, como se comentó antes, fue la publicación del Informe Belmont y su articulación con los principios prevaletentes de bioética: autonomía, justicia y benevolencia.

Las reglamentaciones federales imponen la creación de consejos de revisión institucional (*Institutional Review Board*, conocidos como IRB) para la supervisión apropiada de la investigación en sujetos humanos. De conformidad con la doctrina de autonomía, la

obtención del consentimiento informado es ahora un proceso formal. En estudios controlados aleatorizados, los posibles participantes deben ser notificados de los riesgos, los beneficios y las alternativas a la atención prestada en el estudio. La benevolencia y la justicia imponen que haya equilibrio entre los tratamientos alternativos y entre estos tratamientos y el estándar de atención, y que los hallazgos potencialmente beneficiosos del estudio sean significativos y relevantes para la población de estudio.

Esta evolución de la ética de la investigación es importante también para los estudiantes de cirugía. Si bien las regulaciones federales están destinadas a la investigación financiada por el gobierno, sus fundamentos éticos se deben aplicar a toda la investigación que incluye seres humanos, sin importar el origen de los fondos. Los cirujanos constantemente intentan innovar y mejorar sus habilidades y los procedimientos empleados, pero deben recordar la posible necesidad de un trabajo previo con bases científicas y en animales de laboratorio, y que deben obtener el consentimiento informado del paciente y la revisión de sus pares cuando se contempla un desvío significativo de la práctica estándar. En la mayoría de los casos, los nuevos procedimientos quirúrgicos deben desarrollarse en ensayos de investigación controlados en forma apropiada, con todas las garantías necesarias para proteger a los seres humanos.

NEGATIVA INFORMADA Y EL PACIENTE QUE ES TESTIGO DE JEHOVÁ

Fundada a fines del siglo XIX, la comunidad Testigos de Jehová es gobernada por la *Watchtower Society*, que publica posiciones doctrinarias a través de su revista oficial, el *Watchtower*. El 1° de julio de 1945, un artículo de esa revista estableció la conocida prohibición de los Testigos de Jehová contra las transfusiones de sangre. Las fuentes bíblicas citadas (Génesis 9:4, Levítico 17:13-14 y Hechos 15:19-21) son interpretadas por la teología judeocristiana convencional como la proscripción del consumo de sangre de animales. No obstante, los Testigos de Jehová prohíben las transfusiones de sangre entera o de sus componentes: plasma, concentrados de glóbulos rojos, plaquetas y leucocitos. La sanción por transgredir esta norma es grave: condenación eterna y, en lo más inmediato, ostracismo social y expulsión de la comunidad de los Testigos de Jehová. Sin embargo, en el número del 15 de junio de 2004 del *Watchtower* se publicaron aclaraciones explícitas que indicaban que la transfusión de componentes fraccionados de plasma, concentrados de glóbulos rojos, plaquetas y leucocitos era permisible y quedaba a criterio del individuo.

El dilema ético desgarrador surge cuando un paciente testigo de Jehová afirma su autonomía de rechazar transfusiones, lo que lo arriesga a la exanguinación durante la cirugía o en caso de enfermedades médicas como una metrorragia disfuncional. ¿Podría la benevolencia del médico imponerse al rechazo del tratamiento de un paciente competente? Ante el conflicto, ¿qué principio bioético prevalece: la autonomía o la benevolencia? En estos casos, también es importante que los médicos consideren el concepto de bien y bienestar desde la perspectiva del paciente. A menudo, los médicos se encuentran en situaciones en las que no pueden brindar benevolencia médica, pero eso no impide que asistan a la benevolencia espiritual o emocional. En el caso de un testigo de Jehová, un médico puede invocar el principio de benevolencia mientras no suministra tratamiento por solicitud de un paciente competente.

Los tribunales estadounidenses no han llegado a un consenso respecto de no administrar derivados de la sangre a testigos de Jehová, pero aparecen varias tendencias dominantes. Los cirujanos que optan por respetar los deseos de un paciente testigo de Jehová competente de no recibir derivados de la sangre frente a una exanguinación inminente suelen estar protegidos de responsabilidad por muerte injustifi-

cada. De modo similar, los tribunales en general respaldan el derecho del paciente de negarse al tratamiento. Sin embargo, cuando el paciente tiene personas a cargo que, de lo contrario, serían abandonadas, o en situaciones obstétricas en las que el bienestar del feto se pondría en peligro, los tribunales han intervenido para ordenar transfusiones.

Desde una perspectiva ética, un ginecólogo que va a realizar un procedimiento quirúrgico a una testigo de Jehová debe adoptar las siguientes medidas para garantizar que la paciente y el equipo quirúrgico estén preparados para la posible decisión de no transfundir derivados de la sangre:

- Asesoramiento preoperatorio confidencial extenso para establecer el consentimiento informado. Específicamente, el cirujano debe verificar la comprensión y la aceptación de la paciente de la doctrina de la *Sociedad Watchtower*, la comprensión de las posibles repercusiones de rechazar una transfusión y el conocimiento de los conceptos de testigos de Jehová disidentes. Esto se debe documentar completamente en la historia clínica. En los casos en los que la capacidad de toma de decisiones de la paciente puede ser cuestionada, los médicos deben solicitar la colaboración profesional adicional de un psiquiatra.
- Consulta, según sea necesario, con el comité de ética del hospital.
- Consulta preoperatoria con el anestesta.

Hay varias medidas profilácticas que se pueden adoptar para evitar la probabilidad de una transfusión. Éstas consisten en tratamiento preoperatorio con hierro y/o eritropoyetina recombinante, y administración intraoperatoria de vasopresina, expansores de volumen, anestesia hipotensiva, hipotermia y ligadura de vasos importantes.

PLANIFICACIÓN ANTICIPADA Y TOMA DE DECISIONES RESPECTO DE LA TERMINACIÓN DE LA VIDA

Las políticas y reglamentaciones respecto de la muerte y la agonía han sido muy expuestas por los tribunales en casos individuales cuando han surgido controversias irreconciliables entre médicos, pacientes, familiares de pacientes o administradores hospitalarios que deben ser resueltas por un juez. La introducción de tecnología de soporte vital —como el respirador, que puede mantener el cuerpo humano funcionando biológicamente aun en casos en los que la perspectiva de recuperación de la normalidad es improbable— ha creado innumerables dilemas e interrogantes nuevos acerca de las decisiones médicas sobre la terminación de la vida. Cuando los pacientes terminales, sus familias y sus equipos asistenciales coinciden sobre el uso y la suspensión de tratamiento para la terminación de la vida, en general no hay ningún problema franco, excepto la cuestión del uso prudente de los escasos recursos. Cuando todas las partes están de acuerdo, pocas veces es preciso recurrir a los tribunales, y éstos desalientan la presentación de esos casos. Cuando hay desacuerdo entre los pacientes, sus familiares, el médico o el equipo de médicos y/o el hospital, está preparada la escena para un conflicto que a menudo debe ser resuelto por un árbitro. Tradicionalmente, los tribunales han servido de guía en estos tipos de casos. Si bien no todos los casos ni sus resultados son comparables, el consenso general es que las elecciones autónomas del paciente son vinculantes y que el objetivo último de la medicina no es preservar la vida a cualquier costo, sino aliviar el dolor y el sufrimiento de acuerdo con los deseos del paciente.

Desde el desarrollo de estas intervenciones de soporte vital, ha habido varios casos que marcaron un hito: Karen Ann Quinlan, Nancy Cruzan y Terri Schiavo. Cada uno de estos casos representa

una situación diferente en la que los médicos y los familiares luchan para tomar decisiones difíciles en nombre de su ser querido. El caso de Karen Ann Quinlan es un ejemplo del tipo de desacuerdo que puede haber entre la familia del paciente y la institución de atención médica. Karen Ann Quinlan era una mujer de 21 años que había estado en coma prolongado, asistida por un respirador. Cuando la probabilidad de recuperación desapareció, la solicitud de su familia de que se retirara el respirador fue cuestionada por el hospital. Finalmente, la justicia ordenó suspender la asistencia respiratoria y la paciente murió 10 años después.

En el caso de Nancy Cruzan, se tuvo que tomar una decisión difícil cuando no se conocían los deseos de la paciente. Nancy Cruzan estaba en un coma prolongado y sus padres querían suspender la nutrición y la hidratación. No había ningún registro de sus deseos previos, y, como resultado de una ley del estado de Missouri que prohibía ese tipo de suspensión sin tal tipo de evidencia, la medida no se llevó a cabo. El caso fue llevado a la Corte Suprema de los Estados Unidos, que dictaminó que el estatuto de Missouri era constitucional y, por lo tanto, no autorizó la petición de los padres. Este caso marcó un hito porque, mientras se daba curso a esta decisión, la Corte Suprema de los Estados Unidos estableció el derecho de los pacientes competentes a rechazar cualquier clase de tratamiento, incluso el necesario para mantener la vida. Además, determinó que no era necesario distinguir entre la alimentación artificial y otras formas de terapia. Por último, se hallaron pruebas que indicaban los deseos previos de Nancy Cruzan de no ser mantenida viva en coma permanente y se le permitió morir después de suspender el tratamiento.

El caso más reciente de Terri Schiavo es otro ejemplo de la complejidad de la toma de decisiones por un sustituto. A diferencia de los dos casos previos, éste representa el desacuerdo entre los familiares de la paciente. En febrero de 1990, Terri Schiavo sufrió un infarto de miocardio que provocó lesión grave de la corteza cerebral, con preservación de sólo una función mínima del tronco encefálico. En el momento del episodio inicial, Schiavo no tenía una voluntad en vida ni documentación escrita de sus deseos acerca de la atención médica. Su marido y sus padres cooperaron para cuidarla con la esperanza de que recuperaría todas sus funciones cerebrales o parte de ellas; se le colocó una sonda alimentaria y se la llevó a una institución de enfermería especializada. Ocho años después, el marido de Terri Schiavo llegó a la conclusión de que su estado no había mejorado ni mejoraría. Afirmando que su esposa le había expresado antes su deseo de no vivir en esas circunstancias, recurrió a los tribunales para adoptar el rol de sustituto de la tutela para retirar la sonda alimentaria y permitir que muriera. Una orden judicial para retirar la sonda alimentaria de abril de 2001 fue apelada de inmediato por los padres que alegaban tener pruebas de que Schiavo deseaba vivir. Además, creían que los tratamientos médicos modernos podrían mejorar el estado de Schiavo y restablecer parte de su capacidad funcional. Se basaban en la creencia de que Schiavo estaba consciente y con capacidad de respuesta, y que si pudiese hablar, expresaría su deseo de vivir.

En respuesta a esta nueva información, el tribunal anuló su decisión y 2 días más tarde se volvió a colocar la sonda alimentaria. En el curso de 15 años, se colocó y retiró la sonda alimentaria de Schiavo tres veces en respuesta a diferentes decisiones judiciales. Después de varios intentos de apelación, la decisión judicial final ordenó retirar la sonda alimentaria en marzo de 2005, y Terri Schiavo falleció menos de 2 semanas más tarde.

Muchos de estos casos no se relacionaban directamente con el tema de la enfermedad terminal pero aportaron el entorno moral y legal para que el médico pueda resolver estos pedidos con mayor rapidez. En 1990, gracias al suficiente consenso sobre el tema, el Congreso promulgó la Ley de Autodeterminación del Paciente. Ésta exige que los hospitales promuevan la utilización de directivas anticipadas para calificar para recibir fondos federales del Medicare y el Medicaid. Casi todos los estados de ese país han aprobado leyes que permiten la planificación anticipada para dirigir la atención y proteger los derechos de los pacientes terminales y súbitamente incapacitados. Éstas se denominan *directivas por anticipado* e incluyen varios

mecanismos por los que un paciente puede dirigir su atención médica en caso de declinación gradual o súbita de su capacidad de tomar decisiones. Las diferentes formas de directivas por anticipado son las siguientes:

Poder notarial permanente para atención de la salud: éste es un documento legal en el que un paciente designa a un determinado individuo para que tome decisiones sobre la atención médica en caso de que él pierda la capacidad de tomarlas por sí mismo.

Testamento en vida: éste es un documento legal en el que el paciente describe sus preferencias de tratamiento en caso de que pierda la capacidad de tomar decisiones, como continuación de la nutrición, hidratación o asistencia respiratoria.

Apoderado para atención de la salud (representante legal para atención de la salud): es el individuo designado por el paciente para tomar decisiones en su nombre, en caso de que pierda la capacidad de tomarlas por sí mismo.

No reanimar: éste es un tipo de directiva anticipada que indica específicamente abstenerse de practicar procedimientos de reanimación en caso de paro cardiorrespiratorio, como reanimación cardiopulmonar y desfibrilación.

Los ginecólogos deben familiarizarse con diferentes formas de directivas anticipadas y las leyes aplicables. También deben analizar estos temas con las pacientes y sus familiares para asegurarse de que se pueda llegar al mejor acuerdo. El momento ideal para hacer esto es, preferiblemente, antes de que se deban implementar en realidad estas decisiones, por ejemplo antes de una enfermedad o cirugía significativa.

DESAFÍOS ÉTICOS ESPECÍFICOS DE LA ATENCIÓN GINECOLÓGICA

Varios temas específicos de la atención de las mujeres y su salud reproductiva son dilemas éticos privativos de la ginecología. Éstos incluyen el aborto, el examen bajo anestesia antes de la cirugía y las tecnologías de reproducción asistida. En cada caso, los matices para encarar los temas de atención de la salud de las mujeres requieren la consideración adicional de los temas éticos mencionados antes.

Aborto

La interrupción del embarazo forma parte de diversos contextos de obstetricia y ginecología. Una paciente puede solicitar un aborto por un amplio espectro de circunstancias, entre las que se incluyen el embarazo no planificado y no deseado (falta o falta de uso de métodos de control de la natalidad, agresión sexual, falta de anticoncepción de emergencia), las anomalías fetales graves (aneuploidía, anomalías congénitas incompatibles con la vida) o la amenaza para la salud materna (preeclampsia, hiperemesis gravídica grave, miocardiopatía). Dadas las numerosas situaciones clínicas diversas para la interrupción de un embarazo, es bueno que los médicos conozcan las cuestiones que rodean al aborto, tengan o no objeciones personales sobre el procedimiento.

Las cuestiones éticas y legales centrales referidas al aborto son el derecho de la mujer a controlar su propio cuerpo y reproducción, el estado moral y legal del feto, los derechos y los intereses del feto de ser protegido del daño, y el grado en el que partes externas (como los gobiernos nacional y estatal) tienen autoridad para proteger o restringir estos derechos. Estas cuestiones tienden a dividir al público en general y al gobierno en dos campos polarizados: provida o proelección. Dadas las dos posiciones extremas que hay en el debate sobre

el aborto, se ha avanzado muy poco para hallar una base común desde el comienzo de la ley de aborto en los Estados Unidos.

Los dos casos legales principales que han modelado la mayoría de la legislación sobre aborto en los Estados Unidos en el siglo pasado son *Roe v. Wade* (*Roe contra Wade*) y *Planned Parenthood v. Casey* (*Planificación familiar contra Casey*). Aunque estas decisiones no abarcan todas las leyes concernientes al aborto, son las dos mejor conocidas e influyentes. En 1973, *Roe contra Wade* reconoció los siguientes derechos: el derecho fundamental de la privacidad, la protección de la integridad corporal de un individuo y la protección de la autonomía de decisión de un individuo. Los derechos delineados en *Roe contra Wade* fueron ponderados respecto de los intereses del estado en términos de protección de una vida humana potencial y la salud de la madre. Sin embargo, *Roe contra Wade* no encaró cuestiones como el estado moral ni legal del feto. De acuerdo con estos tres derechos, la Corte Suprema interpretó que la Constitución concedía protección significativa del derecho de una persona a no tener un hijo. En consecuencia, la elección de una mujer de interrumpir un embarazo dependía de ella y no del gobierno. Al mismo tiempo, la Corte Suprema reconoció los intereses del estado en proteger tanto la salud de las mujeres como la vida potencial del feto, y otorgó a cada estado la autoridad de promulgar leyes que impusieran garantías estrictas, e incluso restringieran procedimientos.

Roe contra Wade también marcó varios otros hitos legales. Comenzó por limitar las restricciones estatales sobre el derecho de la mujer a interrumpir un embarazo al instituir un “estándar de examen estricto”. Por este estándar, se determinó que eran inconstitucionales las leyes, como requerimiento de consentimiento obligatorio del marido y períodos de espera obligatorios, propuestas por algunos estados. Además, *Roe contra Wade* estableció un encuadre de trimestres para delinear el grado de intereses del estado en la ley de aborto. Durante el primer trimestre, los intereses de la mujer tenían precedencia sobre los intereses del estado por proteger la vida potencial. Durante el segundo trimestre, los intereses de privacidad de una mujer y el interés del estado por proteger la vida de la mujer y la vida potencial del feto estaban equilibrados. Después del período de viabilidad, el interés del estado por proteger la vida potencial tenía prioridad, a menos que la vida de la mujer estuviese en peligro. El encuadre *Roe* también consideraba el caso de los menores. Según *Roe contra Wade*, se exigía que los menores informaran o hicieran intervenir a su progenitor o tutor en la decisión de interrumpir el embarazo. Cuando esto no era posible, debido al miedo por las consecuencias de la revelación o porque no se disponía de un tutor, se exigía que los menores obtuviesen una exención judicial de la intervención parental. Por último, *Roe contra Wade* impuso limitaciones federales y estatales al uso del financiamiento público de abortos para pacientes de Medicaid.

Planificación familiar contra Casey (1992) reafirmó los principios centrales de *Roe contra Wade*, pero modificó significativamente la ley al eliminar el encuadre de trimestres basándose en el concepto de que no reconocía de manera adecuada el interés del estado en la vida potencial antes de la viabilidad. Según *Casey*, los intereses de los estados tienen prioridad desde el comienzo del embarazo, no sólo durante etapas gestacionales más tardías, y en consecuencia se autorizó a los estados a redactar leyes para restringir el aborto en el proceso de proteger sus intereses. Estas leyes estatales individuales eran constitucionales sólo si cumplían con el estándar de “carga indebida”. Según éste, las restricciones del estado no podían imponer una carga indebida a la mujer para tomar la decisión de interrumpir el embarazo, como una restricción que tuviese el propósito o el efecto obstaculizar de manera sustancial el camino de una mujer que solicita el aborto de un feto no viable. Muchos estados han interpretado “carga indebida” de diferentes maneras y establecieron restricciones —por ejemplo, mayor intervención parental, períodos de espera obligatorios y asesoramiento sesgado hacia la continuación del embarazo— que se consideran constitucionales.

El aborto es uno de los pocos procedimientos que los médicos pueden optar por no practicar en situaciones que no sean de emergencia

debido a objeciones éticas o religiosas. En esta situación, las legislaturas han reconocido que los profesionales pueden rechazar legalmente prestar servicios de aborto. Las cláusulas de “conciencia” o “negativa” convierten a los servicios de aborto en una de las pocas áreas en las que un médico puede optar legalmente por no practicar un procedimiento médico indicado por objeciones personales; sin embargo, el alcance de estos derechos difiere entre los distintos estados. Desde el punto de vista legal, bajo la protección de la objeción de conciencia, ningún médico está obligado a efectuar un procedimiento si éste contradice sus creencias éticas, morales o religiosas. Esto es aplicable sólo en situaciones en las que la vida de la paciente no está en peligro. Si la continuación del embarazo amenaza la vida de la paciente y no se dispone de inmediato de otro profesional, un médico no puede negarse a tratar a la mujer.

Los estatutos de objeción de conciencia no eximen a los médicos de realizar una derivación responsable, sincera y oportuna a otro profesional o institución asistencial que preste el servicio ni de atender el caso en una emergencia potencialmente fatal cuando no hay otro profesional sanitario. La falta de derivación apropiada puede constituir mala praxis (es decir, caer por debajo del estándar legal de atención) y también puede violar estándares éticos de atención. Muchos estados tienen leyes sobre abandono de paciente que imponen cargas específicas a los médicos para derivar o transferir la atención de los pacientes antes de terminar una relación. Como mínimo, se espera que el médico oriente a la paciente a recursos válidos para hallar un prestador que realice el aborto.

Los debates más recientes acerca del aborto giran alrededor de los temas del aborto por parto parcial y el RU-486. Aborto por parto parcial es un término no médico que se refiere, en ocasiones, a un procedimiento particular de aborto conocido como dilatación y extracción intacta —una variante del procedimiento más común denominado dilatación y evacuación— e incluye procedimientos utilizados para interrumpir embarazos a principios del segundo trimestre, que comienza a las 13 semanas de gestación. Muchas organizaciones de salud de las mujeres han cuestionado la validez de las prohibiciones de nacimiento parcial. El ACOG ha afirmado que la legislación que encara el aborto por parto parcial es “inapropiada, desacertada y peligrosa”, porque “la dilatación y evacuación intacta puede ser el mejor procedimiento o el más apropiado en una determinada circunstancia para salvar la vida o preservar la salud de una mujer, y sólo el médico, en consulta con la paciente y según las circunstancias particulares de la mujer, puede tomar esta decisión”. Los argumentos en contra del aborto por parto parcial se han criticado por ser sólo una estrategia retórica para imponer mayores restricciones a los estatutos actuales sobre aborto. Hasta la fecha, todas las prohibiciones propuestas del aborto por parto parcial se han considerado inconstitucionales, porque no tienen en cuenta excepciones para la salud de la mujer. El tema todavía está en discusión, pues se espera que se apelen estas reglamentaciones.

Una segunda área de controversia corresponde a nuevos agentes que facilitan el acceso al aborto. En 2000, la *Food and Drug Administration* (FDA) aprobó la mifepristona, conocida también como RU-486, para la interrupción del embarazo. En Europa se había establecido que RU-486 era un método seguro de interrupción del embarazo varios años antes de que se comercializara en los Estados Unidos. Sin embargo, la controversia que ha suscitado demoró su introducción en ese país durante varios años. Las preocupaciones acerca del acceso y la facilidad a servicios de aborto alimentaron gran parte de este debate. Pese a ello, se ha aceptado que RU-486 es una opción segura y eficaz para las mujeres que consideran interrumpir un embarazo.

CONCLUSIONES

Este capítulo ha presentado una muestra de los problemas perti-

nentes a la práctica de la ginecología. Como campo que combina los desafíos de la medicina, la cirugía y las complejas cuestiones específicas de la atención de las mujeres y su salud reproductiva, hay varios otros aspectos éticos importantes que no se han considerado aquí. Además, las tecnologías y los procedimientos terapéuticos innovadores plantean con regularidad nuevos dilemas al médico en ejercicio. Los médicos cuentan con numerosos recursos para abordar algunas de los difíciles interrogantes que pueden surgir en su propia práctica. Hay comités de ética de instituciones o consultorios individuales, comités de supervisión y servicios de consulta ética para revisión multidisciplinaria y por pares de casos difíciles desde el punto de vista ético. Los médicos en todos los niveles de práctica se deben sentir confiados para recurrir a estos mecanismos de orientación en caso de situaciones éticas complejas.

BUENAS PRÁCTICAS QUIRÚRGICAS

- El consentimiento informado es un mecanismo con el cual se respeta la autonomía del paciente.
- Los médicos son responsables de mantener la competencia médica y quirúrgica.
- Se debe proteger la confidencialidad del paciente, que sólo se puede violar en circunstancias especiales.
- Los médicos deben familiarizarse con diferentes formas de directivas anticipadas y analizar la toma de decisiones al final de la vida con sus pacientes.
- El ginecólogo debe conocer que varios aspectos específicos de la atención de las mujeres y de su salud reproductiva plantean dilemas éticos que suelen ser privativos de la ginecología.

Bibliografía

- The American College of Obstetricians and Gynecologists Department of Professional Liability/Risk Management. 2003 ACOG survey on professional liability: national ACOG statistics. Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists, 2004.
- Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics, 4th ed. New York: Oxford University Press, 1994.
- Beecher HK. Ethics and clinical research. N Engl J Med 1966;274:1354.
- The Belmont Report: Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research. Washington, DC: Government Printing Office, 1979.
- Department of Health, Education and Welfare, Ethics Advisory Board. Report and conclusions: HEW support of research involving human in vitro fertilization and embryo transfer. Washington, DC: Government Printing Office, 1979.
- Faden RR, Beauchamp TL. A history and theory of informed consent. New York: Oxford University Press, 1986.
- Gillon R. Refusal of potentially life-saving blood transfusions by Jehovah's Witnesses: Should doctors explain that not all JW's think it's religiously required? J Med Ethics 2000;26:299.
- Gostin LO. Deciding life and death in the courtroom. JAMA 1997;278:1523.
- HIPAA privacy rule and public health. Guidance from CDC and the U.S. Department of Health and Human Services. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2003 May 2;52 Suppl:
- Hodgson CS. Disciplinary action by medical boards and prior behavior in medical school. N Engl J Med 2005;353:2673.
- Jacox A, Carr DB, Payne R. New clinical-practice guidelines for the management of pain in patients with cancer. N Engl J Med 1994;330:651.
- Jonsen AR. The birth of bioethics. New York: Oxford University Press, 1998.
- King NMP. Making sense of advance directives. Dordrecht, The Netherlands: Kluwer Academic Publishers, 1993.
- LaFollette H, ed. Ethics in practice: an anthology. Cambridge, MA: Blackwell, 1997.
- Moreno-Hunt C, Gilbert WM. Current status of obstetrics and gynecology resident medical-legal education. Obstet Gynecol 2005;106:1382.
- Papadakis MA, Teherani A, Banach MA, et al. Introduction. In: Reich WT, ed. The encyclopedia of bioethics, revised ed. New York: Simon & Schuster Macmillan, 1995.
- Papadakis MA, Teherani A, Ranach MA, et al. Disciplinary action by medical boards and prior behavior in medical school. New England J. Med 2005;25:2673.
- Robertson JA. Children of choice: freedom and the new reproductive technologies. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1994.
- Rothman DJ. Strangers at the bedside. New York: Basic Books, 1991.
- Ryan KJ. Abortion or motherhood, madness and suicide. Am J Obstet Gynecol 1992;160:1415.
- Veatch RM. Medical ethics. Boston: Jones & Bartlett, 1989.
- Wall LL, Brown D. Ethical issues arising from the performance of pelvic examinations by medical students on anesthetized patients. Am J Obstet Gynecol 2004;190:319.