

ALGUNAS CONSIDERACIONES ETICO-JURIDICAS, MEDICO LEGALES, EN TORNO AL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA

Cuad. Méd.-Soc., XXXIV, 1, 1993/ 21-32

*Dr. Roberto von Bennewitz Gotschlich.
-Profesor de Medicina Legal; Profesor de
Anatomía Patológica General y Especial.
-Perito Judicial en Medicina Legal de la I. Corte
de Apelaciones de Santiago.*

INTRODUCCION

Este trabajo contempla el desarrollo de cinco puntos principales:

- 1.- Los enfermos de SIDA no deben ser discriminados por temor o prejuicio y mucho menos por los miembros de la comunidad médica.
- 2.- Todos los enfermos de SIDA deben contar con asistencia y tratamiento médico dado por profesionales competentes en la afección, respetándose las normas sobre especialidades médicas y aplicándose el precepto general según el cual, "no se podrá rehusar tratamiento a ningún paciente cuya afección corresponda al campo de competencia del médico consultado".
- 3.- La asistencia médica de los enfermos de SIDA debe ser "adecuada y oportuna", y ello implica:
 - a) Un ejercicio profesional sumamente correcto, es decir una labor centrada en el fiel cumplimiento de los postulados del "Deber y compromiso de la Profesión", una fórmula ético-jurídica que estructura el concepto de Profesión Médica y que impone el deber de obrar protectoramente en favor del asistido, aunque en ello se ponga en riesgo la propia salud.
 - b) Un equipo de recursos de apoyo, instrumentales, materiales y humanos, a lo menos dentro de un minimum razonable y suficiente, de acuerdo a las Reglas del Arte.
- 4.- La notificación o denuncia médica de la afección a la autoridad sanitaria, establecida por la Ley (Código Sanitario), y que faculta a ésta para examinar a los enfermos para obligarlos a tratarse o internarse para su curación, no altera en absoluto el derecho de los pacientes al Secreto Médico y

al Consentimiento Informado de los actos médicos, ello en el marco de una relación facultativo-paciente que ha de ser particularmente estrecha y profunda, siempre basada en la proposición, en el acuerdo mutuo, jamás en la imposición. (Nada ha de impedir el pleno ejercicio de todos y cada uno de los derechos que le asisten como persona enferma, y que incluyen naturalmente, y por último, también el derecho a una muerte digna).

- 5.- La asistencia de los enfermos de SIDA (examen, tratamiento e internación en los períodos álgidos de su padecimiento) puede ser realizada en Instituciones públicas o privadas.

Los pacientes imponentes de la Caja de Seguro Obligatorio, y los indigentes con tarjeta de gratuidad cuentan con asistencia obligada de las instituciones públicas o estatales, los demás grupos de pacientes deben consultar su asistencia en los hospitales y clínicas privadas o en los pensionados de las instituciones públicas.

(*A diferencia de otros países donde la comunidad se ha organizado para ayudar a los enfermos, en Chile no ha existido ninguna preocupación y todo el peso descansa en el Estado que debe asumir los costos del tratamiento de los pacientes).

DESARROLLO

Los pacientes del SIDA no deben ser discriminados por temor o prejuicio y mucho menos por los miembros de la comunidad médica; al respecto, la Etica Médica señala: "Los principios éticos que gobiernan la conducta de los médicos los obliga a defender al ser humano ante el dolor, el sufrimiento y la muerte sin discriminaciones de ninguna índole

(de la “Declaración de Principios” del Código de Ética del Colegio Médico de Chile, A.G.). La Declaración de los Médicos de Francia, llamada “Respeto a la vida humana”, por su parte expresa: “Así como la Medicina está al servicio de la vida hasta que se extingue, así también la protege desde su comienzo. El respeto absoluto que se debe a los pacientes no depende de su edad, ni de la enfermedad, ni de la dolencia que pudiera afectarles”.

*Con la discriminación, con la intolerancia expresada en la culpabilización de los seropositivos y las acciones de tendencia persecutoria, lo único que se consigue es correr el riesgo de extender el contagio, por cuanto todo ello favorece el ocultamiento, la distorsión. A la intolerancia debe oponerse el “principio de solidaridad”, condición ésta para una ética de la ciencia, de la tecnología y de la convivencia humana.

Todos los enfermos deben contar con asistencia y tratamiento médico dada por profesionales competentes en la afección, respetándose las normas sobre especialidades médicas y aplicándose el precepto general según el cual “no se podrá rehusar tratamiento a ningún paciente cuya afección corresponda al campo de competencia del médico consultado”.

En cuanto se refiere al deber de prestar asistencia médica a todos los enfermos, en general el Derecho y la Ética señalan:

a) Para la Ley no asiste la obligación de aceptar un paciente, salvo que la vida del enfermo corra peligro y no exista otro colega que pueda tomarlo a su cuidado.

b) Para la Ética el médico es libre de aceptar o rechazar la atención de un enfermo, con una sola limitante o prohibición: No puede rehusarse a menos que exista otro colega que pueda (profesional, idóneo, competente) hacerse cargo de él. Esta limitación está prevista en el Art. 13° del Código de Ética del Colegio Médico de Chile, el que textualmente expresa, “el médico deberá prestar atención profesional a toda persona que lo requiera y le está prohibido rehusar dicha atención cuando no existe otro colega que pueda hacerse cargo del enfermo”. Este artículo se complementa con el N° 59 del mismo Código, el que establece: “El médico que sin mediar causa justificada y en conocimiento de no existir otro colega, que pueda hacerse cargo del enfermo rehuse la atención de un paciente, será castigado con pena de censura por escrito a multa”.

Otros preceptos éticos atinentes al deber de asistencia médica a los enfermos en general, y aplicables por tanto a los enfermos de SIDA, son los siguientes:

– “El médico debe proporcionar el cuidado médico en caso de urgencias como un deber humanitario, a menos que esté seguro que otros médicos puedan o quieran brindar tal cuidado (del Código Internacional de Ética Médica, sección titulada “De los deberes de los médicos hacia los enfermos”).

– Los médicos tienen la obligación profesional y el deber ético de atender a cualquier paciente de una emergencia (Del Principio N° 2 de los “Doce Principios de Provisión de atención de la Salud en cualquier Sistema Nacional de Salud”, adoptados por la 17° Asamblea Médica Mundial, año 1963).

– “Es deber del médico acudir al llamado de los pacientes sin ninguna reserva, cuando se trata de situaciones de emergencia que comprometan la vida, pero pueden dejar de hacerlo en casos rutinarios, cuando hay otro profesional idóneo disponible para sustituirlo” (De la Declaración de la Asociación Latinoamericana de Academias de Medicina sobre Ética en Medicina).

Naturalmente quedan exceptuadas de estas normas, de conformidad con las disposiciones especiales que rigen en cada servicio, las atenciones realizadas en las Instituciones en las que se actúe como médico funcionario (aquí la atención médica como un deber, se impone como un elemento del contrato de trabajo).

En cuanto se refiere a la debida competencia que requiere el profesional asistente, ella deberá asegurarse tanto en la atención y tratamiento de carácter privado, como en las prestaciones de servicios de las instituciones públicas, para ello habrán de respetarse las normas generales que existen sobre las Especialidades Médicas, y aquéllas que rigen en la atención privada las Juntas e Interconsultas Médicas. Al respecto debe mantenerse la fiel observancia de los siguientes preceptos éticos:

– Art. 18. Código de Ética, Colegio Médico de Chile: “La calidad científico-técnica y la eficacia de la atención prestada con los conocimientos correspondientes y equipos que el caso requiera, son obligaciones esenciales del ejercicio de la Medicina que todos los miembros de la Orden deben respetar preferentemente. Es decir, el médico deberá dar la mejor atención posible y tener el criterio clínico suficiente para derivarlo oportunamente”.

– Del Código Internacional de Ética Mundial: “El médico debe a sus pacientes todos los recursos de su ciencia y toda su lealtad. Cuando un examen o tratamiento sobrepase su capacidad, el médico debe llamar a otro médico calificado en la materia”.

– Art. 32° Código de Ética, Colegio Médico de

Chile: "Los médicos deberán respetar en el ejercicio habitual de la profesión, las normas vigentes sobre especialidades, salvo casos de fuerza mayor debidamente calificados".

– Art. 44° Código de Ética, Colegio Médico de Chile: "Todo médico tratante debe solicitar la reunión con uno o más colegas para discutir el caso del paciente cuando la formulación de su diagnóstico, el tipo de enfermedad o tratamiento, lo requiera.

*El paciente y sus familiares mandantes pueden solicitar una Junta Médica cuando lo crean necesario con conocimientos del médico tratante.

°Es deber moral del médico tratante aceptar la colaboración de los colegas que hayan sido convocados a Junta Médica los que examinarán al enfermo en su presencia y en forma sucesiva, salvo casos especiales. Las opiniones serán vertidas reunidos reservadamente y después de ser discutidas serán puestas en conocimiento de los mandantes por el médico de cabecera".

– Art. 45° Código de Ética, Colegio Médico de Chile: "En caso que se haya acordado en la Junta que el enfermo debe ser tratado por una especialidad, el tratante debe ceder el enfermo y su responsabilidad al especialista en lo concerniente a la patología que motivó la Junta Médica".

– Art. 36° Código de Ética del Colegio Médico de Chile: "Es obligación del médico entregar informes clínicos que soliciten los colegas cuando el paciente haya decidido cambiar de médico o recurrir a una interconsulta, sin prejuicio de cumplir también las obligaciones contenidas en el Art. 17° que establece que es deber del médico respetar la libertad de elegir el profesional por parte del enfermo, debiendo entregar al médico tratante sucesor los informes de todos los exámenes de laboratorio, radiológicos o instrumentales u otros originales durante su período de atención, como asimismo, un protocolo de toda intervención quirúrgica u obstétrica efectuada.

*Termina el Art. 36° señalando: "En todo caso el profesional que asume en tales condiciones el tratamiento, deberá preocuparse que el paciente haya cumplido todas sus obligaciones con el colega que le precedió en dichos servicios".

La asistencia de los enfermos del SIDA debe ser "adecuada y oportuna"; ello implica contar con el manejo de recursos materiales suficientes y con la aplicación de un ejercicio profesional sumamente correcto, esto es, centrado en el fiel y estricto cumplimiento de los postulados del "Deber y compromiso de la Profesión", fórmula consagrada que impone el deber de obrar protectoramente en favor del asistido, aunque en ello se ponga en riesgo la propia salud. Tal regla ético-jurídica es quien ha

estructurado el concepto de Profesión Médica, su naturaleza, sentido y alcance (En efecto la fórmula en cuestión, contiene las normas éticas y los preceptos jurídicos que guían, protegen y perfeccionan, el ejercicio de las leyes de la Ciencia Médica—leyes de la Biología y de la Patología Humana Integral—en su aplicación al bien superior, individual y colectivo. Con esta pauta queda establecido que el deber y compromiso de la Profesión Médica es triple: Se refiere no sólo al ejercicio o aplicación de un saber científico-biológico—aquél que procura el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento— sino, simultáneamente, al manejo ilustrado y reflexivo de un normado ético (Principios de Ética Médica contenidos en Códigos, Juramentos y Declaraciones Internacionales) y al resguardo efectivo de particulares preceptos jurídicos (Deberes y Derechos del profesional, del asistido, de la Sociedad, de la autoridad sanitaria y de la judicial, contenidos en el Código Sanitario, en el C.P.P. en el C.P., en Leyes de Protección, etc.). Estas normas, estos preceptos, ubicados en el centro mismo de la estructura "Profesión", tienen por objeto regular la administración de las leyes de la Ciencia Médica, y guiar las relaciones del profesional con sus pacientes, con sus colegas, con la autoridad judicial, con la autoridad sanitaria y con la Sociedad. El profesional, con ellas ya no es un mero dispensador del diagnóstico, del pronóstico y del tratamiento; es al mismo tiempo una herramienta de la Justicia Social, en efecto le indica que mientras trata a su asistido, debe velar por proteger todos sus intereses y derechos, ello sin menoscabo del debido resguardo de aquellos propios de la Sociedad, de aquellos que estructuran el Bien Común.

En síntesis, la fórmula en cuestión, aplicable en todo a la atención de los enfermos de SIDA señala que, establecida la relación paciente-facultativo –relación que es un convenio de salud, una vinculación de voluntades que genera deberes y derechos recíprocos y que tiene como pilar jurídico, básico, fundamental, el "principio de confianza"—el médico asistente, el "tratante" sea éste privado o funcionario, contrae implícitamente el deber y compromiso de "procurar" no sólo aliviar, curar, prevenir, rehabilitar, sino también proteger la vida, la integridad corporal, la salud (física, mental y social y otros bienes o valores jurídicos del asistido, tales como su honra, fama, dignidad y derecho a la seguridad jurídico-social. El profesional frente a ellos, queda en "posición de garante" (Se denomina posición de garante, en general, a una cierta relación entre una persona y bien jurídico que crea para aquella la obligación genérica de protegerlo, de donde se

desprende, de ordinario, el “deber de obrar” protectoramente en los casos específicos de peligro para ese bien.

Pero no sólo los objetivos de la asistencia están señalados, sino también, están fijados los medios y la conducta que en su alcance deben emplearse. En efecto, la regla establece que el médico debe:

1. Aplicar su saber científico con estricta sujeción al normado ético y a los preceptos jurídicos que estructuran su profesión, son ellos los “medios”.
2. Actuar siempre con un razonable deber de cuidados frente a lo previsible.

Es un deber actuar “con lo razonable”; obrar siempre dentro de la *Lex Artis*, la *Ética Médica* y los preceptos jurídicos de la Profesión. El médico debe afrontar la asistencia aplicando en la búsqueda de sus objetivos, los mayores esfuerzos y las mejores diligencias; teniendo razonable preocupación, celo, vigilancia y control; previendo siempre el resultado de sus actos; actuando sin crear o aumentar los riesgos por conducta descuidada (*Imprudencia*, *negligencia*, *impericia*). Cumplirá así el médico con el cometido de su profesión, no dañará al paciente y no incurrirá en Responsabilidad ante la Ley por ejercicio culposo de la Profesión.

La obligación en la asistencia es “procurar” llevar a cabo los elevados fines reseñados. Es un compromiso de medio y no obligatoriamente de fin o resultado. Ello porque la *Ciencia Médica* se encuentra sólo en los albores de su evolución propiamente científica; porque es esencialmente conjetural; porque existen las reacciones individuales adversas, etc.). El médico no puede garantizar curaciones felices ni diagnósticos exactos. Los diagnósticos son solamente presuntivos y ello, por razones técnicas. Lo afirma la *Ética Médica* quien señala: “Ningún médico, por la misma naturaleza de la *Ciencia* y del *Arte* que profesa puede asegurar la precisión de su diagnóstico ni garantizar la curación del paciente. No son sinónimos de negligencia el diagnóstico erróneo, el fracaso del tratamiento o de cualquiera acción médica” (Art. 24° Código de *Ética del Colegio Médico de Chile*).

El Art. 23° del mismo Código, por su parte, señala textualmente: “La responsabilidad del médico ante reacciones adversas, tanto inmediatas como tardías, por efecto de los medicamentos administrados, no puede ir más allá del conocimiento del riesgo calculado y de su indicación terapéutica, advirtiéndose al paciente de los efectos colaterales”.

Lo exigible del médico, en buenas cuentas, es que actúe con máxima honestidad y realice los mayores esfuerzos y las mejores diligencias en su labor. Al paciente le corresponde comprender que debe aceptar

un margen de inconvenientes e incluso peligros derivados de la insuficiencia de la *Ciencia Médica* y del médico mismo, como un hecho fatal.

El deber de obrar protectoramente en favor del asistido la posición de garante que asume el profesional, debe cumplirla “aún a riesgo de su propia salud”. El deber, la obligación, no cesa aún cuando ella lo exponga a serio riesgo.

El “deber de obrar” para el médico significa, concreta y esencialmente, afrontar la asistencia cuidando en forma conciente, calculada y responsable, el daño y los riesgos de daño de su protegido, aceptando al mismo tiempo y del mismo modo, la posibilidad de sufrirlo, de quedar expuesto a él, dado lo estrecho de su vínculo protector.

Este “compromiso con el sacrificio”, no es atributo del médico cirujano, se da también en otras profesiones, en otras actividades. Así se sabe que tampoco pueden eximirse de su obligación de obrar, invocando riesgo propio, la policía, los soldados, los bomberos, los guardaespaldas y otros; los primeros señalados, por su profesión están obligados a afrontarlo; los guardaespaldas porque, contractualmente lo han tomado sobre sí. De las causales de eximente y de atenuación de la exigibilidad de la ley, v.gr., la eximente “miedo insuperable”, no la pueden invocar soldados, bomberos y otros es decir personas que han adoptado profesiones en las que deben afrontar riesgos; tampoco pueden invocarla quienes están jurídicamente obligados a soportar el mal que temen (el soldado no puede invocarla para desertar en batalla). Son casos éstos en que la ley exige expresamente un sacrificio.

Para el caso del médico este acto de abnegación, este deber de sometimiento a peligros graves, como tal, no está señalado expresamente por ley, pero es desde siempre, un imperativo ético que no ha precisado de la dictación de una ley particular.

El acto heroico, es decir la realización de acciones extraordinarias –fuera de lo común– no es extraño en la actividad profesional médica, muy por el contrario, dichos hechos o actos, acciones u omisiones, son connaturales, son consustanciales con la Profesión. Tanto el más célebre como el más modesto de los facultativos los asume diariamente, en forma silenciosa, anónima, respondiendo a la voz muda de su conciencia. En la mayoría de los casos, probablemente sin tener conciencia de estar haciendo algo extraordinario, sin quedar con la impresión de haber hecho algo fuera de la regla, y sin pensar en el peligro que corrían el y sus familiares más próximos.

– No cabe duda que la actividad del médico al cumplir con su servicio y no querer ser más que un funcionario de la Humanidad doliente, es ya heroico

co; ¡Qué valor, qué elevado espíritu demuestra el médico que se acerca al lecho de un enfermo infeccioso sometiéndose a un grave peligro olvidándose que en su casa tiene también un hijo suyo, al cual podría contagiar la enfermedad! Verdaderamente no piensa en sí mismo al acudir presuroso o al asistir a ese enfermo; ese temor ya lo ha perdido y aunque sea tifoidea, hepatitis, lepra, u otro mal no temerá al contagio, si bien como persona responsable hará cuanto le sea posible para evitar infectarse y propagar el contagio a otros. A pesar de todo, sin embargo, se dá el caso de desenlaces trágicos.

En el caso del SIDA, la actitud inicial de aprehensión y de rechazo del público en general e incluso de determinados centros hospitalarios, ha ido desapareciendo en casi todos los países. Esto se ha solucionado luego que la gente y los profesionales de la salud han tomado conciencia que si se adoptan las medidas sanitarias pertinentes, el riesgo es casi nulo: Las vías de contagio sólo se circunscriben a las relaciones sexuales promiscuas (grupos de riesgos: homosexuales, promiscuos o prostitutas) y a la posibilidad de enfermar por recepción de sangre infectada con el virus del SIDA (VIH).

– Hasta el momento no hay evidencias en países occidentales de transmisión intrahospitalaria al personal (a menos que exista solución de continuidad en la piel). Así, en la medida que se conoce más sobre este mal, el pavor sigue disminuyendo.

– Finalmente, en cuanto a los recursos materiales, instrumentales, etc., de apoyo, que se requieren para un “ejercicio profesional correcto”, ellos deben existir a lo menos, dentro de un mínimo razonablemente suficiente, conforme lo señala la “prudencia de lo razonable” en las Reglas del Arte, en las Reglas de la Ciencia Médica. (Desgraciadamente estos recursos en el caso de la asistencia de enfermos de SIDA no son pocos: Esta enfermedad, esta patología como tal, “copa” o termina por involucrar a la inmensa mayoría de los diferentes Servicios y Departamentos de un Hospital grande).

* La provisión de estos recursos es de responsabilidad de las Instituciones estatales o privadas, sin embargo, el médico contratado, funcionario público o privado, evitando la negligencia profesional debe informar y peticionar constantemente a sus superiores jerárquicos, acerca de la necesidad de contar con lo “razonablemente indispensable”. (El médico-cirujano que presta servicios en una Institución, en virtud de su decreto de nombramiento o contrato tiene la obligación de adecuarse a los recursos de que dispone, y realizar con ellos los mayores esfuerzos y las mejores diligencias; ahora bien, si ellos están por debajo de un mínimo razonablemente

suficiente debe hacerlo presente y pedir lo que sea prudente y necesario; ahora si en esta situación ocurre una circunstancia desgraciada, no habrá responsabilidad penal ni responsabilidad civil para el médico que puso lo mejor de sus esfuerzos, pero puede haberla para la Institución que no se preocupó oportunamente, de tener el equipo indispensable o la cantidad de personal necesario para prestar una buena atención.

La Notificación o Denuncia Médica de la afección a la autoridad sanitaria, establecida legalmente por el Código Sanitario, y que faculta para hacer examinar, para obligar a tratar o internar para su curación al enfermo, no altera en absoluto el derecho de éste al secreto Médico y al Consentimiento Informado, todo ello en el marco de una relación facultativo-paciente que ha de ser inmejorable.

– Planteada o establecida la existencia de la enfermedad (diagnóstico del SIDA), es deber médico dar cuenta de ello a la autoridad sanitaria; en forma más precisa, el facultativo que en razón o con ocasión de su ejercicio profesional detecta o toma conocimiento de la existencia de personas enfermas de SIDA o de infectados sin manifestaciones clínicas de enfermedad, tiene la obligación legal (Código Sanitario) de informar, notificar o denunciar el hecho a la autoridad sanitaria correspondiente.

*La “Información Médica” es uno de los muchos deberes de la Profesión del médico-cirujano. Como deber general está establecida en los siguientes términos: “El médico en su calidad de facultativo debe informar a la autoridad judicial y a la autoridad sanitaria, oficial y oportunamente, en forma verbal o escrita, de determinados hechos planteados por la ley (CPP-CP-CS), que están relacionados con las personas y con la Ciencia Médica, y de los cuales toma conocimiento con ocasión de su ejercicio profesional”.

Esta obligación, el Deber de Información “Judicial y/o sanitario) ilustra parte, de la gran responsabilidad social que la Ley asigna al médico en su rol de protector del hombre enfermo, y de la Sociedad, en efecto, la información médica a la autoridad judicial tiene como fin el “procurar la adecuada y oportuna protección del derecho inalienable de su asistido a la seguridad jurídico-social”; por su parte, la información médica a la autoridad sanitaria está destinada a provocar conjuntamente el tratamiento del paciente y la protección simultánea de la Sociedad amenazada por el mal que sufre su asistido.

a) La Información judicial es un compromiso que va en beneficio directo del asistido médicamente. Por ejemplo, el asistido –sujeto vivo o cadáver– necesita ser:

- 1.- Reconocido como persona: El médico da la información conducente al calificativo legal de “persona”, extiende el llamado “Certificado de nacimiento”.
- 2.- Acogido a las leyes de protección social: el facultativo, el tratante, el “garante”, informa para extender Licencia Médica, subsidios, beneficios, por enfermedad profesional, por accidente de trabajo, etc.
- 3.- Sepultado y otros: El médico-cirujano informa certificadamente la defunción (“Certifico médico de defunción”).
- 4.- Acogido por los Tribunales de Justicia: El paciente tiene daño compatible con culpa ajena y demanda judicialmente su reparación. El médico, entonces, mientras lo trata, debe establecer objetivamente el hecho material (por ejemplo “lesión corporal, herida contusa”, de una cierta y determinada envergadura o compromiso) y registra, además, el relato que lo acompaña, por ejemplo y refiere agresión de terceros o “agresión de tipo sexual”, etc.; con ello, establecido gracias al registro e información o denuncia médica, el hecho lesión corporal y su relato acompañante, los ofendidos o sus representantes, con el concurso de la autoridad, pueden efectivamente demandar justicia, reparación en los Tribunales correspondiente..

* La obligación del médico en síntesis es denunciar en beneficio de su asistido, los hechos materiales que se presentan compatibles con culpa ajena. Ahora, el hecho material a informar puede o no consistir en lesión corporal. Son ejemplos de hechos materiales a denunciar e informar, los siguientes casos en que hay lesión corporal:

* Muerte que se presenta y/o resulta de tipo violento o provocado (Drogas, fármacos, tóxicos, traumatismos por agentes diversos). En estos casos el médico debe simultáneamente junto con abstenerse de emitir certificado médico de defunción, informar del hecho a la autoridad judicial (en todo caso habrá una autopsia judicial; ella se requiere en toda muerte que “se presenta o resulta de tipo violento o provocado o es de causa médica ignorada”).

* Mujer con desgarramiento perineal, erosiones, excoriaciones, equimosis, hematomas, manchas de semen y que se refiere agresión de tipo sexual.

* Contusiones múltiples de carácter grave o menos grave en sujeto de ingresa a un Servicio de Urgencia y que relata agresión de terceros.

— En otros casos, el hecho material a informar por el médico en beneficio de su asistido, es ajeno a daño corporal, no consiste en lesiones corporales. Ejemplos:

- Mujer con vestimentas desgarradas, manchas de semen, pelos ajenos. Relata agresión de tipo sexual.
- Muerte ignorada médicamente (No hay antecedentes médicos de enfermedad y tampoco hay lesiones en la superficie corporal). Corresponde autopsia judicial.

Frente a una “muerte violenta o provocada” con o sin antecedentes médicamente conocidos de enfermedad o frente a la “muerte de causa ignorada médicamente”, el médico-cirujano ha de negarse a extender el certificado médico de defunción y junto con ello debe informar, denunciar, notificar médicamente de la situación a la autoridad judicial.

b) La información médica a la autoridad sanitaria a su vez, tiene por fin procurar beneficiar al paciente, resguardando simultáneamente, aunque fundamentalmente, a la Sociedad. La Sociedad, el bien jurídico superior, supremo, fundamental, se encuentra amenazado por el mal que sufre su asistido.

Este deber de la profesión del médico-cirujano figura en el Código Sanitario, es éste quien impone al facultativo el deber de notificar a la autoridad sanitaria de una serie de particulares enfermedades, estipuladas todas ellas como “transmisibles”: El bien común, amenazado por ellas obliga a que se sigan o adopten medidas de profilaxis pública las que parten incluyendo naturalmente, el examen, la internación y el tratamiento del propio enfermo.

La ley se refiere concretamente a las enfermedades llamadas de “Transmisión Sexual”: El código Sanitario (Arts. 38, 39, 40 Título II “De las Enfermedades Transmisibles”: Párrafo II “De las Enfermedades Venéreas”) establece que el Servicio de Salud tiene a su cargo el control, la lucha contra las Enfermedades de Transmisión Sexual (o Venéreas, concepto prácticamente abandonado), y que evitará su propagación por todos los medios educacionales, preventivos o de otro orden que estime necesario. Para ello señala que la notificación o denuncia de tales males es obligatoria y facultativa, por otra parte, para examinar, para obligar a tratar o internar para su curación a las personas afectadas que constituyen una amenaza para la salud Pública. El deber de denuncia médica a la autoridad sanitaria se extiende también a los enfermos venéreos contagiosos que se niegan a seguir el tratamiento—El proceso se indica en el lugar donde se hace el diagnóstico y el funcionario especialmente encargado de estas funciones, procede a llenar los formularios correspondientes de notificación.

Esta información debe ser suministrada oportuna y regularmente al Departamento de Informática del respectivo Servicio de Salud.

– Así, el médico-cirujano informando del SIDA cumple con su deber jurídico y ético: Resguardar el bien común, procurando que aquella persona cuya patología la amenaza sea tratado. El beneficio que se desea, abarca a la Sociedad y al asistido.

– Con la información médica a la autoridad sanitaria la persona enferma del SIDA queda como sigue:

- a) Ya no es dueña de la reserva “absoluta” de su diagnóstico; sin embargo, su derecho al Secreto Médico se mantiene incólume.
- b) Pierde jurídicamente su “completa autonomía” en cuanto a aceptar o rechazar su examen y tratamiento o internación; en otras palabras su tratamiento y hospitalización no está supeditados al consentimiento, aprobación que no obstante el médico tratante habrá de obtener, habrá de alcanzar, por imperativo ético de la Profesión y en el marco de una estrecha y profunda relación facultativo-paciente.

*Esta “pérdida relativa de derechos” que no es tal en una práctica bien cubierta por la ética va en su propio beneficio y en el de la Sociedad: por estos imperativos, sin más, queda acogido al tratamiento, y simultáneamente a todas las medidas de aislamiento sanitario médico.

* El enfermo del SIDA no es dueño de la reserva absoluta, no tiene derecho a la reserva absoluta de su diagnóstico. Es el bien común amenazado quien ha pedido, quien ha exigido y quien ha obtenido finalmente, que la información confidencial haya sido divulgada, haya sido expuesta, en forma prudente, dentro de lo estrictamente necesario y ante una autoridad competente la que en conjunción con el médico asistente velará por su protección personal, y por el resguardo de la Salud Pública.

Pero el Secreto Médico se mantiene inalterado. En efecto, el médico informante una vez finalizada la protección del bien común, queda obligado por la Ética Médica y por la Ley a reconocer el derecho absoluto de su paciente a que toda información sobre su persona se mantenga confidencial. A su vez, la información médica dada a la autoridad sanitaria debe ser mantenida por ésta en estricta reserva frente a terceros. Este derecho del paciente es un deber no sólo ético sino también legal para el médico; lo compromete en su calidad de profesional (Código Penal, art. 247) y/o en su calidad de funcionario (Estatuto Administrativo DFL Nº 338). La situación es homóloga a la que se da en una Junta Médica, en una Reunión anatómo-clínica, en éstas, el secreto persiste incólume, compartido por todos los participantes.

Tal es el sentido y alcance de la notificación del

SIDA; asegurar la debida protección sanitaria de la sociedad y también la del paciente quien ha de recibir el tratamiento sin perjuicio del debido resguardo de su honra y de su fama, gracias al secreto médico, una exigencia reconocida internacionalmente. (El acto médico es una confianza que se entrega a una conciencia y debe ser escrupulosamente mantenido dentro de la más severa discreción *Cuando se extienda el uso del sistema computarizado para la confección y archivo de fichas clínicas, deberán adoptarse las medidas que preservan el Secreto Médico).

El paciente debe estar informado de la naturaleza, sentido y alcance del “Deber médico de notificación a la autoridad sanitaria”, y de que con él se mantiene en forma estricta, el secreto profesional. Del Secreto ha de saber en qué consiste, cuál es su fin u objetivo y tener muy claro que él incluye el diagnóstico, el nombre del paciente, y que persiste indefinidamente –por siempre, aún después de la muerte– desde el punto de vista de la Ética Médica. Obviamente que el respaldo que el asistido dé a los objetivos superiores del “Deber de información médica a la autoridad sanitaria” repercutirá a su vez, en el grado de resguardo de su derecho al Secreto Profesional. El paciente debe saber que es moral y legalmente obligatorio para el médico, reconocer el derecho absoluto del asistido a que toda información sobre su persona se mantenga en estricta reserva, excepto, en el caso que ello ampare conducta delictual o amenace la seguridad de otra persona. Debe decirse que cuando un paciente infectado pone en riesgo a otra persona, el médico procurará, como es su deber, persuadirlo de que se abstenga de comportamientos que puedan transmitir la infección, pero, si no lo consigue, puede (podrá) verse obligado a informar a la persona en riesgo, si no lo hacen las autoridades locales.

El Secreto Médico debe explicarse, es una obra conjunta de la Ética y del Derecho. Lo estipulan como deber del médico y derecho del paciente, como herramienta básica de la relación paciente-facultativo y como elemento estructural fundamental de la profesión. Consagrado por seis artículos del Código de Ética del Colegio Médico de Chile A.G., se encuentra resguardado por el Art. 247 del Código Penal que contempla el delito de violación del Secreto Profesional. Tiene por fin proteger la honra y la fama del asistido, y ello sin perjuicio del bien común. Se refiere a todo lo que en forma directa o indirecta el médico capte, acredite, constate, o perciba de su asistido en el marco de la relación y que, obviamente para un criterio promedio razonable, tenga el carácter de reservado. No ampara la con-

ducta delictual, el delito ni las intenciones ciertas de cometerlo, al respecto el Código de Ética del Colegio Médico de Chile señala: “Cuando una persona le comunica la intención cierta de cometer un delito, la confidencia no queda amparada por el Secreto Profesional, debiendo hacer las revelaciones necesarias para prevenir ese acto delictuoso o proteger personas en peligro. Así, por ejemplo, cuando un paciente se resiste a modificar su comportamiento, la obligatoriedad de informar a las autoridades puede justificar que un médico viole—dentro de la prudencia de lo razonable y sólo ante quien corresponda— la ley de confidencialidad, con objeto de prevenir a las personas en riesgo de contraer el SIDA; en tal situación echará mano de la divulgación de cierta información, de sólo la justa y necesaria, y solamente ante la autoridad que corresponde (En el caso especial de que exista el riesgo de transmisión de médico a paciente, no es suficiente hacérselo saber al paciente porque éste tiene el derecho de esperar que su médico no lo exponga a contraer una infección, por leve que sea la posibilidad—Un médico infectado por el VIH no debe ocuparse de actividades que expongan a otras personas al riesgo de infección).

Aparte de estas situaciones, sólo caben tres posibilidades más de ruptura del secreto, y en caso distinto a ellos, no procede jamás revelar información confidencial; ella debe mantenerse en completo, en absoluto secreto. “El médico debe, aún después de la muerte de un paciente, preservar el absoluto secreto en todo lo que se haya confiado”. “Deberes de los médicos hacia los enfermos”; Código Internacional de Ética Médica. Las posibilidades son las siguientes:

I. Por consentimiento expreso, formal y explícito dado con conocimiento de causa (sin error) y libremente (sin coacción) por paciente mayor de edad que está en su sano juicio.

II. Si el facultativo en una situación de coacción por parte del paciente se ve atacado en su dignidad, en su calidad de facultativo, perfectamente será legítimo que se defienda teniendo que echar mano de la divulgación de cierta información. Naturalmente se hará ante Tribunal y se deberá proceder dentro de la prudencia de lo razonable, con la proporcionalidad debida (El Art. 11 del Código de Ética del Colegio Médico de Chile, señala: “El profesional que es objeto de una acusación por parte de su cliente o de otro profesional puede revelar ante el Tribunal competente, el secreto que el acusador le hubiere confiado, si dice relación directa con su defensa”).

III. En el caso previsto por el Art. 8 de la Declaración de Hawái de la Asociación Médica Mundial

de Psiquiatría “Implicaciones éticas específicas de la Psiquiatría”, que dice: “Lo que el paciente haya dicho al psiquiatra o que éste haya notado durante el examen o tratamiento, debe ser mantenido como confidencial, a menos que el paciente libere al psiquiatra del secreto profesional, u otros valores vitales comunes a los mejores intereses del paciente hagan imperativa su revelación”. En estos casos, sin embargo, el paciente debe ser informado de inmediato de la ruptura del secreto y la naturaleza de la ruptura de este debe ser cuidadosamente explicada al paciente.

(*Importante tener presente que en el SIDA se dá la “encefalopatía con demencia”).

(*El Secreto Profesional debe ser resguardado de un modo especial en la computadora y en la ficha u observación clínica; al respecto deben considerarse, la recomendación de la Asociación Médica Mundial, las normas de la Reglamentación Interna Nº 4 del Ministro de Salud y las disposiciones particulares del Estatuto Administrativo.

La Asociación Médica Mundial en su “Postulado sobre el uso de la computadora en la Medicina” señala textualmente que, “habiendo constatado los grandes progresos y beneficios que resultan del uso de las computadoras y del procesamiento electrónico de datos en el campo de la Salud, especialmente en la atención del paciente y en la epidemiología, hace la siguiente prevención:

a) Las Asociaciones Médicas Nacionales deben tomar todas las medidas posibles para asegurar el Secreto Profesional.

b) No se vulnera la confidencia al entregar o transferir información confidencial de atención de la salud solicitada con el propósito de realizar una investigación científica, una auditoría financiera, evaluaciones de programa o estudios similares, siempre que la información entregada no identifique directa o indirectamente, a ningún informe de dicha investigación, auditoría o evaluación, o revele de alguna otra manera las identidades de los pacientes.

c) Las Asociaciones Médicas Nacionales deben rechazar cualquier esfuerzo por imponer una legislación sobre el procesamiento electrónico de datos que pueda poner en peligro o perjudicar el derecho del paciente al Secreto Profesional autorizado de retrasmisión de los registros de la seguridad social u otra información personal antes que tal información entre a la computadora.

d) Los Bancos de datos médicos no deben estar vinculados a otros Bancos centrales de datos.

* El estricto cumplimiento de la Reglamentación Interna Nº 4 del Ministerio de Salud referente a la Ficha u Observación Clínica de los usuarios de los

establecimientos del SNSS, es suficiente para conservar el Secreto Profesional en las Instituciones de Salud Pública. El Estatuto Administrativo por su parte contempla la reserva de lo confidencial).

– El enfermo de SIDA jurídicamente no queda facultado para rechazar el tratamiento o internación planteado por la ya informada autoridad sanitaria, tampoco sus representantes legales, cuidadores, guardadores, etc. (caso del paciente menor de edad y otros incapacitados para decidir válidamente). En otras palabras como paciente pierde, carece, de plena autonomía para negar su hospitalización, o en otro caso, para exigir el alta. En síntesis, su tratamiento y hospitalización no están sujetas o supeditadas al consentimiento. De igual modo están “inhabilitados” los representantes legales, cuidadores o guardadores de los menores de edad con SIDA, para rehusar el tratamiento es decir para negar la hospitalización o para hospitalizados exigir el alta – Sin embargo, el médico cirujano tratante trabajará con su paciente solamente una vez que haya alcanzado el pleno consentimiento de éste a sus propósitos profesionales; tal consentimiento ha de conquistarlo por imperativo ético-moral de la Profesión. (El consentimiento informado y el secreto profesional son herramientas fundamentales de la relación paciente-facultativo, relación sin la cual no hay Profesión ni acto médico válido).

Esta situación tan particular y triste “paciente sometido a normas especiales por el hecho de representar su patología un grave peligro para la Salud Pública”; “enfermo desgraciadamente condenado a muerte”, hecho establecido con ocasión de su diagnóstico obligan al médico a mantener la más estrecha y profunda de las relaciones facultativo-paciente. Tal relación requerirá plena confianza, confidencialidad, apertura, cooperación y responsabilidad mutua (*Puede no ser posible establecer una relación de este tipo con algunos paciente gravemente enfermos, muchas veces con severo deterioro mental; en esta situación, como en el caso de los niños, se deberá establecer contacto con una persona próxima al paciente, y que le sea aceptable). Por su parte, los profesionales de colaboración a la Ciencia Médica, Enfermeras y otros, deberán apoyar esta conducta profesional y realizar adecuadamente las labores encomendadas bajo indicación y supervisión.

El médico entonces ofrecerá a su paciente la mejor terapia disponible, y le explicará que las relaciones que se establezcan entre ellos se basarán en la solidaridad y en la confianza, en la confianza inspirada no solamente por la competencia profesional, sino también, en la probidad moral y en la

comprensión de los valores humanos (Esto significa que el médico debe esforzarse por lograr, en cuanto sea posible, la comprensión de los patrones espirituales y socio-culturales de su enfermo y además, proyectar y mantener su presencia más allá de lo estrictamente exigible de su acción profesional – “Comprensión y entrega” son lo que caracteriza el ejercicio ético de la Profesión”).

Tales requerimientos imponen naturalmente el consentimiento. La relación entonces, ha de estar siempre basada en la proposición, en el acuerdo mutuo, jamás en la imposición – El enfermo de SIDA en nombre de la Sociedad y bajo el amparo de su deber de solidaridad con ella, tiene el compromiso de aceptar ser examinado, el deber de tratarse, de internarse para su tratamiento y para los efectos de profilaxis pública, pero, todas las medidas y procedimientos terapéuticos y de diagnóstico, le serán informados, le serán propuestos, con la solicitud y el respeto debido a su dignidad de ser humano.

Dicha “información-proposición”, incluirá los riesgos e incomodidades previsibles que impliquen los actos médicos, las acciones aconsejables para evitar daños a sus familiares y la Sociedad, las posibles alternativas y el pronóstico, a fin de que el asistido cuente real y efectivamente, con la oportunidad de elegir día a día entre métodos apropiados y disponibles, e incluso, en su hora final pueda ejercer o asumir el derecho a muerte digna. (La “información-proposición” recae en los familiares, y en los cuidadores o guardadores en el caso de los pacientes privados de razón o de sentido y en el caso de los menores de edad).

En cuanto a la “Verdad al Enfermo”, es decir a la información médica del asistido acerca del pronóstico de su enfermedad de representar el SIDA un grave peligro para la Salud Pública y ser una enfermedad hasta la fecha ineludiblemente mortal no deben ser los elementos de juicio que induzcan al médico a informar del pronóstico verdadero – Estando puesto a buen resguardo el bien común, la Salud Pública, el médico podrá informar del pronóstico teniendo como única justificación para ello, el apoyar la defensa de los intereses individuales y sociales que procura asegurar su asistido. Para ello tendrá claramente presente que en este cometido es fundamental considerar, a) la personalidad y la psicología del enfermo, b) su nivel educacional y su preparación para afrontar la adversidad y la muerte, c) que importa la confianza que tenga con el médico y la forma como este lleva el cuadro clínico, d) que incluye, además la idiosincracia y la cultura del medio en que se vive. En todos estos casos, la palabra del médico ha de ser muy cuidadosa: Junto

con no descartar la posibilidad que surja un tratamiento salvador, debe garantizar el apoyo de la Medicina, el manejo adecuado de la terapia (aunque ésta sea sólo sintomática), para que la etapa de sobrevida sea lo menos problemática posible, para que sea de vida digna. Al respecto, deberán tenerse presente las “Recomendaciones relativas a los derechos de los enfermos y moribundos”, que entre otras disposiciones señala: “Debe procurarse a que todos los enfermos tengan la posibilidad de prepararse psicológicamente a la muerte y de proveer la asistencia necesaria a este propósito, haciendo un llamado tanto al personal tratante, tales como médicos, enfermeras y ayudantes, los que deberán recibir una información básica para poder discutir estos problemas con las personas que se acercan a su fin, como siquiátras, psicólogos, ministros de culto, asistentes sociales especializados agregados a los hospitales – También las consideraciones de la Declaración de Lisboa, llamada los “Derechos del paciente”, la que en su letra “f” expresa: “El paciente (todo paciente) tiene el derecho de recibir o rechazar la asistencia espiritual y moral inclusive la de un ministro de una religión apropiada”.

– Con la conducta profesional expuesta, con la información solidaria médica, el consentimiento del asistido del SIDA surgirá como ha de brotar en todo paciente, es decir reflexivamente, libremente (sin coacción) y con conocimiento de causa (sin presión). Así jamás habrá necesidad de llevar a cabo aislamientos, tratamientos y otros “compulsivos”. – Para la Ética Médica el tratamiento compulsivo aparece justificado sólo en el caso previsto por la Declaración de Hawai titulada “Implicancias éticas específicas de la Psiquiatría” (Declaración por la que la Asamblea General de la Asociación Mundial de Psiquiatras han establecido las líneas éticas para los psiquiatras del mundo). Ella lo plantea como algo excepcional, regulándola, muy cuidadosamente. En efecto, su N° 5 establece “No debe llevarse a cabo ningún procedimiento ni darse un tratamiento contra la voluntad o independientemente de la voluntad del paciente, salvo que el paciente carezca de capacidad para expresar sus propios deseos o, a causa de su enfermedad psiquiátrica no pueda ver cual es su mejor interés o, por la misma razón, que es un peligro para los demás. En estos casos debe darse un tratamiento compulsivo siempre que este sea realizado en beneficio de los mejores intereses del paciente y durante un período razonable de tiempo se pueda presumir un consentimiento informado retroactivo y, cuando sea posible, se haya obtenido el consentimiento de alguien próximo al paciente”. La misma Declaración en el N° 6 agrega... “Tan pronto cuando pierdan vigencias las condiciones señaladas para el tratamiento compulsivo, el

paciente deberá ser liberado, salvo que consienta voluntariamente en continuar el tratamiento” – Y añade finalmente, “Siempre que haya un tratamiento compulsivo o detención deberá existir un organismo neutral independiente de apelación para la investigación metódica de estos casos. Cada paciente debe ser informado sobre su existencia y permitírsele apelar a éste personalmente o por medio de un representante, sin que interfiera el personal el hospital u otra persona”.

Es el “consentimiento informado” –un deber del médico y un derecho del paciente– quien valida así el “derecho al ejercicio legítimo de la Profesión” en un asistido del SIDA, en cualquier enfermo. El se impone en todo acto de tratamiento médico y es aconsejable que sea expreso, formal y explícito en determinadas situaciones, v.gr., en los casos en que fuese terapéuticamente necesario recurrir a tratamientos que entrañen riesgos ciertos o mutilación grave para el paciente, también en los casos excepcionales en que un medio de diagnóstico y/o tratamiento no experimentado suficientemente sea la única posibilidad terapéutica (Arts. N° 15 y 19 del Código de Ética del Colegio Médico de Chile). En los casos en que no sea posible obtenerlo –paciente incapacitado para decidir, paciente menor de edad– la situación ha de resolverse al tenor del mismo Art. 15, el que en su segundo parte dice: “En situaciones de urgencia médica o ausencia de los familiares responsables, sin que sea posible obtener comunicación con ellos o de no existir éstos, el médico podrá prescindir de la autorización que establece el inciso precedente, sin perjuicio de procurar obtener la opinión favorable de otro colega al tratamiento”.

El consentimiento naturalmente ha de ser expreso en situaciones tales como, en todo procedimiento quirúrgico y método diagnóstico invasivo (biopsia, endoscopia); en tratamientos psiquiátricos prolongados; en esterilización, en la investigación biomédica, etc. En experimentación en seres humanos el consentimiento expreso figura en el Código de Nüremberg (Normas éticas sobre experimentación en seres humanos), en la Declaración de Helsinki (Recomendaciones para asegurar a los individuos en la Investigación Biomédica) también en el Art. 22 del Código de Ética del Colegio Médico de Chile A.G. (“La investigación científica biomédica en humanos es necesaria, pero, solamente aceptable cuando no implique riesgos graves de salud y deberá realizarse siempre bajo control médico estricto. Su diseño y desarrollo deberá ceñirse a un protocolo susceptible de revisión científica y ética. El paciente o sujeto de investigación deberá prestar su consentimiento informado en cuanto a riesgos y beneficios, y mantendrá el derecho de abstenerse o retirarse de la investigación en cualquier momento”). La Ética

Médica señala que cualquier investigación debe ser precedida por la información a cada voluntario de los objetivos, métodos, posibles beneficios, riesgos previsibles e incomodidades que el experimento pueda implicar. El individuo debe saber que tiene la libertad de no participar en el experimento y que tiene el privilegio de anular en cualquier momento su consentimiento. El médico debe saber que la Ética señala que puede combinarse la investigación con la atención médica a fin de alcanzar nuevos conocimientos médicos pero siempre que la investigación se justifique por su posible valor diagnóstico o terapéutico para el paciente. En la investigación en seres humanos jamás debe darse precedencia a los intereses de la Ciencia y de la Sociedad antes que al bienestar del individuo. La preocupación por el interés del individuo debe prevalecer. El propósito de la Investigación Biomédica en seres humanos, debe ser el mejoramiento de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y profilácticos y la comprensión de la etiología y patogénesis de la enfermedad. Ella no puede realizarse a menos que la importancia de su objetivo mantenga una proporción con el riesgo inherente al individuo. Si los riesgos inherentes son impronosticables no debe realizarse. Debe asimismo interrumpirse cualquier experimento que señale que los riesgos son mayores que los posibles beneficios todo esto en cuanto a los aspectos éticos del consentimiento; jurídicamente, ahora, debe saberse que él es válido cuando se trata de un paciente mayor de edad y que está en su sano juicio; que los sordomudos tienen incapacidad, salvo que puedan darse a entender por escrito; que si el paciente no puede consentir –caso del menor de edad, del demente– habrá que obtener él de sus familiares, cuidadores o guardadores; que si él no se puede solicitar –caso del paciente malherido que llega sin conocimiento y para ser operado al momento– debe existir al menos presuntamente, esto es, cabe darlo por concedido cuando la intervención no puede evitarse o retratarse sin grave riesgo para la vida del sujeto. También, naturalmente deberá obtenerse un consentimiento informado para la presentación del paciente a una clase para la publicación de su ficha u observación clínica (además en estos casos deberán tomarse todas las medidas razonables para preservar el anonimato y salvaguardar la reputación personal del sujeto).

En cuanto al derecho a una “muerte digna”, el enfermo del SIDA al igual que cualquier otro enfermo terminar tiene pleno derecho a ella. Al respecto se considerarán los siguientes preceptos:

1.- “El enfermo es libre de rechazar tecnologías complejas o costosas y esperar la muerte natural, sin que ello involucre un problema ético para él o para su médico –En todo caso, el médico debe hacer ver al enfermo y/o familiares la trascendencia de lo que se resuelve”.

2.- “La Medicina no está obligada para prolongar

una vida innecesariamente, de tal modo que la mantención artificial de un ser vegetativo no es perentoria desde el punto de vista ético y queda entregada al criterio del enfermo, de sus familiares y del propio médico-cirujano tratante”. 3.- Todo médico debe saber que es asunto sumamente conflictivo tratar de mantener la vida vegetativa de un enfermo terminal, sin que con ello se logre un mejor diagnóstico o una recuperación aceptable. Debe saber que es complejo el problema que se plantea con el retiro de tecnologías de mantención vital de un enfermo desahuciado, irrecuperable – La complejidad del asunto debe hacer meditar profundamente a aquél que incorpora tales sistemas de mantención artificial a enfermos desahuciados, irrecuperables pues debe tenerse que en algún momento deberá darse la orden de retiro del paciente de tales sistemas con el compromiso de muerte.

4.- Las normas que rigen la mantención –suspensión de la ventilación artificial deben ser conocidas; se acepta al respecto: a) Suspender la ventilación después de haberse producido la muerte cortical y tronco-encefálica – La decisión puede ser adoptada por el médico responsable o un delegado experto y algún otro médico-cirujano. b) Ante la presencia de muerte cortical en general se acepta que el paciente es todavía un ser viviente. (Si conserva la actividad tronco-encefálica, hay respiración espontánea, se llega a un estado vegetativo irreversible que puede durar meses). c) Pese a que no hay razón de peso por la que un paciente en coma irreversible no deba ser “tenido por muerto”, en lugar de muerto debe ser considerado en estado terminal y las medidas para mantener vivo a un paciente durante una crisis aguda no deben emplearse en este caso.

5.- Debe quedar claro que la no obligación de aplicar tecnologías complejas a un enfermo en esta situación, no significa que este deba ser abandonado de los aportes simples de la Medicina que ayudan a morir tranquilo, tales como alimentación, hidratación, analgésicos, sedantes, etc., todo lo cual forma parte de la función médica de apoyo.

La Declaración de Venecia sobre “Enfermedad Terminal reitera y precisa el derecho a la muerte digna. Señala: 1) Que el deber del Médico es curar y cuando sea posible, aliviar el sufrimiento, 2) No habrá ninguna excepción a este principio aún en caso de enfermedad incurable o malformación, 3) este principio no excluye la aplicación de las siguientes reglas: 3.1) El médico puede aliviar el sufrimiento de un paciente con enfermedad terminal interrumpiendo el tratamiento curativo con el consentimiento del paciente o de su familia inmediata en el caso de no poder expresar su propia voluntad. La interrupción del tratamiento no exonera al médico-cirujano de su obligación de asistir al moribundo y de los medicamentos necesarios para mitigar la fase final de su enfermedad. 3.2): El médico-cirujano debe evitar emplear cualquier medio extraordinario que no tenga beneficio alguno para el paciente.

El Código de Ética del Colegio Médico de Chile A.G. se refiere también a este derecho; su Art. N° 28 señala: "Toda persona tiene derecho a morir dignamente. Así pues, los procedimientos diagnósticos y terapéuticos deben ser proporcionados a los resultados que se pueden esperar de ellos. El médico puede y debe aliviar al enfermo del sufrimiento o del dolor aunque con ello haya riesgo de abreviar su vida. Ante la inminencia de una muerte inevitable sin interrumpir los medios mínimos habituales para mantener la vida, es lícito al médico-cirujano en conciencia, tomar la decisión de no aplicar tratamiento que procuren únicamente una prolongación precaria y penosa de la existencia. Asimismo ante la comprobación de muerte cerebral, el médico estará autorizado para suspender todo procedimiento terapéutico".

(*Distinto es poner fin a la vida de un enfermo incurable a fin de aliviarle de sus sufrimientos. Se habla de Eutanasia o "Muerte Piadosa": es un delito y la figura es homicidio). Eutanasia es la muerte provocada directa y voluntariamente con el objeto de aliviar los sufrimientos de un enfermo irrecuperable. En la eutanasia la muerte es precipitada por una acción directa y no por supresión o no aplicación de tecnologías sofisticadas en un enfermo terminal - Un término que confunde el problema es la llamada Eutanasia pasiva cuando la no aplicación condiciona la muerte del enfermo).

*En cuanto a la práctica de la autopsia anatómo-patológica -procedimiento de gran importancia en la investigación y administración médica de la patología en cuestión- su exigible consentimiento podrá ser dado in vida por propia iniciativa del enfermo o por sus familiares, al ocurrir el fallecimiento.

5. La asistencia (examen, tratamiento-internación) en los períodos álgidos puede ser realizada en instituciones públicas o privadas. Los pacientes imponentes de la Caja de Seguro Obligatorio y los indigentes con tarjeta de gratuidad cuentan con asistencia obligada de las instituciones públicas o estatales; los demás grupos de pacientes deben concursar su asistencia en los hospitales o clínicas privadas o en los pensionados de las instituciones públicas.

En los casos en que se demanda una atención médica privada (consultorios, hospitales o clínicas privadas, o pensionados de instituciones estatales) las normas éticas Arts. 17, 36 y 44. Código de Ética Colegio Médico de Chile A.G.) señalan que el paciente tiene la libertad de elegir al profesional (a la clínica, etc.) pero éste, a su vez, tiene el derecho de aceptar o rechazar la prestación de sus servicios que se le solicitan, con la sola limitación que le

queda prohibido rehusar dicha atención cuando no existe otro colega que pueda hacerse cargo del paciente (Art. 13° Código de Ética). La Ley, por su parte, y al respecto, expresa que "no asiste la obligación de aceptar un paciente salvo si el médico es el único facultativo en la localidad y la vida del paciente corre peligro". Naturalmente -Art. 17° Código Ética- quedan exceptuados de estas normas, de conformidad con las disposiciones especiales que rigen en cada servicio, las atenciones realizadas en las instituciones (hospitales estatales o públicos) en que se actúa como médico-funcionario. En estos establecimientos es la Institución quien distribuye el trabajo de sus médicos y éstos no pueden rehusar, en virtud de su contrato, la prestación de los servicios que la Institución, también por contrato, debe a sus afiliados legítimos.

*El Estado y la comunidad deben organizarse, deben diseñar una política para controlar la enfermedad orientada a proteger la población de adquirir la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), asegurar a la población contagiada (portadora y enferma) la protección del Estado, incluida la asistencia médica, social, legal, previsional, laboral y educacional y el pleno respeto a sus derechos como personas. Al Estado le corresponde un papel vital en la dictación de las pautas y éstas podrían incluir entre muchos otros problemas la necesidad de estudiar una legislación que se preocupara de, por ejemplo la detección oportuna y expedita de los portadores del virus (En algunos países los extranjeros que desean vivir en el país por plazos de tres meses, deben acreditar no ser portadores de VIH. Si no lo acreditan deben someterse a los exámenes del país y si no los aprueban no tienen permiso para radicarse; se asegura para todo esto una estricta confidencialidad, tanto a la persona en cuestión como a sus representantes diplomáticos. (Dic. 1989). Ω

BIBLIOGRAFIA

1. Código Sanitario. República de Chile, Edición Oficial. Editorial Jurídica.
2. Código Penal. República de Chile, Edición Oficial. Editorial Jurídica.
3. Código de Ética, Colegio Médico de Chile, A.G.
4. Medicina Lega. Tercera Edición, Editorial Jurídica, 1985. R. Von Bennewitz G. -Ω-