

# Manual de Ética del American College of Physicians.

## Sexta Edición.

Lois Snyder, JD, para el comité de Derechos Humanos, Ética y Profesionalismo del American College of Physicians\*

La medicina, las leyes, y los valores sociales no son estáticos. Por ende reexaminar los principios éticos de la medicina y su aplicación en circunstancias nuevas es un ejercicio necesario. La sexta edición del Manual de Ética del American College of Physicians (ACP) cubre los temas emergentes en la ética médica y vuelve a revisar otros antiguos que aún son muy pertinentes. Reflexiona en muchas de las tensiones éticas en medicina e intenta arrojar luz sobre la forma en que los principios existentes se extienden a las inquietudes también emergentes. Asimismo, al reiterar los principios éticos que han ofrecido orientación para solucionar problemas de ética en el pasado, el manual podría ayudar a los médicos a evitar problemas en el futuro. El manual no es un sustituto de la experiencia e integridad del médico, pero puede servir como recordatorio de las obligaciones y los deberes comunes a la profesión médica.

*Ann Intern Med. 2012;156:73-104.*

*Para la afiliación de los autores, ver al final del texto*

\*Miembros del Comité de Derechos Humanos, Ética y Profesionalismo, 2009-2012, quienes desarrollaron y aprobaron esta sexta edición del Manual: Virginia L. Hood, MBBS, MPH (*Chair*, 2009-2010); Kesavan Kutty, MD (*Chair*, 2010-2012); Joseph J. Fins, MD (*Vice Chair*, 2009-2011); Ana María López, MD, MPH, (*Vice Chair*, 2011-2012); Jeffrey T. Berger, MD; Thomas A. Bledsoe, MD; Clarence H. Braddock III, MD, MPH; CPT Tatjana P. Calvano, MC, USA; Nitin S. Damle, MD, MS; Yul D. Ejnes, MD; Kathy Faber-Langendoen, MD; Faith T. Fitzgerald, MD; Thomas H. Gallagher, MD; Celine Goetz; Vincent E. Herrin, MD; Nathaniel E. Lepp, MPH; Robert G. Luke, MD; Tanveer P. Mir, MD; Alejandro Moreno, MD, MPH, JD, Evan D. Ownby, MD; Amirala S. Pasha; J. Fred Ralston Jr., MD; Michael C. Sha, MD; Alexandra Smart, MD; Upasna (Mini) Swift, MBBS, Jon C. Tilburt, MD; y Barbara J. Turner, MD. Aprobado por el Consejo de Regentes del ACP el 30 de Julio de 2011.

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

*- Francis Weld Peabody (1)*

Algunos aspectos de la medicina, como la relación médico-paciente, son fundamentales y atemporales. La Medicina, sin embargo, no se detiene –evoluciona. Los médicos deben estar preparados para hacer frente a los cambios y para reafirmar aquello que es fundamental. La sexta edición del Manual de Ética examina temas emergentes en la ética médica y el profesionalismo y retoma otros antiguos que aún son muy pertinentes. Los cambios al Manual desde la quinta edición de 2005 incluye secciones nuevas o expandidas sobre el tratamiento sin contacto interpersonal; confidencialidad y el expediente médico electrónico; no revelación de terapéutica; pruebas genéticas; catástrofes del sistema de salud; autocuidado, atención médica a personas con las que el médico tuvo una relación previa no profesional, y a personas muy importantes (VIPs); fronteras y privacidad; redes sociales y profesionalismo en línea; decisiones subrogadas y cuidados terminales; pago por desempeño y profesionalismo; relaciones médico-industria; interrogatorios; eficacia transcultural, humildad cultural y voluntariado médico; médicos tratantes y los médicos en entrenamiento; interconsultas, atención médica compartida y la atención centrada en el hogar del paciente; protección de humanos en investigación médica; uso de materiales biológicos humanos e investigación; el uso de grupos placebo como control; publicaciones científicas y patrocinios en investigación. Se incluye un método de casos para la toma de decisiones éticas (Apéndice).

El Manual intenta facilitar el proceso para llevar a cabo decisiones éticas en la práctica clínica, la enseñanza y la investigación médica, así como para describir y explicar los principios éticos subyacentes, incluidos el rol del médico en la sociedad y con sus colegas. Debido a que la ética y el profesionalismo deben ser entendidos dentro de un contexto histórico y cultural, la segunda edición del Manual incluyó un breve panorama de la cultura, filosofía, y fundamentos religiosos que sustentan la ética médica en las culturas Occidentales. En esta edición, referimos al lector a esa revisión (2, 3) y a otras fuentes (4, 5) que exploran más a fondo esta rica herencia.

El Manual plantea asuntos relevantes y presenta lineamientos generales. Al aplicar estos lineamientos los médicos deberán considerar las circunstancias individuales de cada paciente y usar su mejor juicio. Los médicos tienen obligaciones morales y legales y ambas podrían no ser concordantes. La participación de médicos en la tortura es legal en algunos países pero nunca es moralmente defendible. Los médicos deberán tener en mente estas diferencias y los conflictos potenciales entre las obligaciones éticas y legales, por lo que deberán buscar consejo cuando les preocupen las consecuencias legales de sus decisiones. Nos referimos a la ley en éste Manual para propósitos ilustrativos únicamente; esto no se debe tomar como un señalamiento de la ley o las consecuencias legales de las acciones, ya que ésta puede variar por estado o país. Los médicos deben desarrollar y mantener un conocimiento adecuado de componentes clave de las regulaciones y leyes que afecten a sus pacientes y a sus prácticas.

La medicina y la ética profesional frecuentemente establecen deberes positivos (que es, lo que uno debe hacer) aún en mayor extensión que la ley. El entendimiento actual de la ética médica está basado en los principios de donde los deberes positivos emergen. Estos principios incluyen a la beneficencia (el deber de promover el bien y actuar en el mejor interés del paciente y la salud de la sociedad), la no maleficencia (el deber de no hacer daño a los pacientes). También se incluye el respeto a la autonomía del paciente (el deber de proteger y fomentar la libertad del paciente para tomar decisiones sin coerción) (6). Del principio del respeto por la autonomía se derivan las reglas del decir la verdad. El peso relativo atribuido a estos principios y los conflictos entre ellos con frecuencia son la causa de los dilemas éticos encontrados por los médicos. Los médicos que llevarán a cabo el reto de resolver estos dilemas deben poseer virtudes como la compasión, valentía y paciencia.

Además, las consideraciones de justicia deben ser tomadas en cuenta por el médico como ciudadano y durante las decisiones clínicas acerca de la asignación de recursos. El principio de justicia distributiva exige que tratemos de distribuir equitativamente las oportunidades de mejorar la vida que ofrece la atención médica. La

forma en que logremos esta distribución es el enfoque de un intenso debate. Ahora más que nunca, las inquietudes sobre la justicia desafían el papel tradicional del médico como el defensor del paciente.

Los sistemas de atención médica continúan evolucionando. Los sitios donde se brinda atención están cambiando, aumentando el número de sitios de atención ambulatoria e incrementando la intensidad de la atención médica en el hospital. El sistema de atención médica estadounidense no atiende a todos sus ciudadanos en forma adecuada, por lo que se ha requerido de una reforma importante al sistema. El financiamiento de la atención médica es un problema grave a considerar, por lo que los valores de la sociedad se pondrán a prueba en las decisiones que se tomen sobre la asignación de recursos.

Los asuntos éticos atraen la atención del público y el debate. A través de la legislación, medidas administrativas o decisiones jurídicas, el gobierno cada vez se involucra más en la ética médica. Hoy, la convergencia de diversas fuerzas –avances científicos, la educación pública y de los pacientes, el internet, los derechos civiles, los movimientos de los consumidores, los efectos de la ley y la economía sobre la medicina y la heterogeneidad de nuestra sociedad– demandan que los médicos expresen claramente los principios éticos que guían su conducta en la clínica, la investigación y la docencia; bien, ya sea como ciudadanos o en forma colectiva como miembros de la profesión. Es crucial que se escuche una perspectiva médica responsable a medida que la sociedad toma decisiones.

Desde las pruebas genéticas antes de la concepción hasta los dilemas al final de la vida, los médicos, pacientes y sus familias son llamados a tomar decisiones difíciles. En la década de los 70's se desarrolló la bioética como campo. Asuntos importantes de entonces (y ahora) incluyeron el consentimiento bajo información, acceso a los servicios de salud, las pruebas de escrutinio y la ingeniería genética, así como la renuncia al tratamiento para mantener la vida. Éstos y otros asuntos –como el suicidio asistido por médicos, los cambios tecnológicos y el médico como empresario- nos obligan a reconsiderar periódicamente temas como la relación médico-paciente, las relaciones con otros profesionales de la salud que atienden a la familia (7), las decisiones para limitar tratamientos, los conflictos de interés, las relaciones industria-médico así como los cambios de modalidad en las comunicaciones y la confidencialidad.

Este Manual se escribió para nuestros colegas en medicina. El American College of Physicians considera que este *Manual* ofrece el mejor abordaje hacia los retos que en él se tratan. Esperamos que estimule un debate razonado y sirva como referencia para aquéllos que desean informarse sobre la postura del American College of Physicians en relación con asuntos éticos. Los debates sobre la ética médica también pueden estimular la evaluación crítica y la discusión de las políticas públicas y la ley en lo que concierne a los difíciles temas éticos que enfrentan los pacientes, los médicos y la sociedad.

## **Profesionalismo**

La medicina no es un negocio para aprender, sino una profesión en la cual adentrarse (1). Una profesión que se caracteriza por un cuerpo de conocimientos especializados que sus miembros deben de expandir y enseñar a través de un código de ética y una vocación de servicio que antepone el cuidado del paciente ante el propio interés. La profesión tiene el privilegio confiado por la sociedad de autorregularse (8). Los médicos deben en forma individual y colectiva ejercer plenamente los deberes de la profesión. Debido a que las influencias externas sobre la medicina y la relación médico-paciente son muchas, los fundamentos éticos de la profesión deberán tenerse siempre presentes (9).

## **El médico y el paciente**

La relación médico-paciente implica obligaciones especiales para el médico de atender el interés del paciente debido al conocimiento especializado que posee, la naturaleza confidencial de esta relación, y al desequilibrio de poder entre el médico y su paciente. Los médicos profesan públicamente que usarán sus talentos y destrezas para el beneficio de los pacientes, y no para fines personales (10). Los médicos deben sostener ésta declaración, así como también sus asociaciones profesionales, como comunidades de médicos que anteponen el bienestar del paciente primero (10).

El compromiso fundamental del médico siempre debe estar dirigido hacia el bienestar y lo que mejor convenga al paciente, independientemente de si el médico está previniendo o tratando una enfermedad o ayudando al paciente a lidiar con la enfermedad, la discapacidad y la muerte. El médico debe respetar la dignidad de todas las personas y también su individualidad. Los intereses del paciente siempre deben promoverse sin importar las disposiciones financieras, el marco en que se suministra la atención médica ni las características del paciente, como su capacidad para tomar decisiones, su condición social o conducta. Aunque el médico debe ser compensado justamente por sus servicios, un sentido de lealtad al paciente debe tomar precedencia sobre lo concerniente a la compensación.

### **Inicio y suspensión de la relación médico-paciente**

Al inicio y durante la relación médico-paciente, el médico debe trabajar hacia un entendimiento de los problemas de salud del paciente, preocupaciones, metas, y expectativas. Después de que el paciente y el médico acuerden sobre los problemas y metas de la terapéutica, el médico deberá presentar uno o varios cursos de acción. El paciente entonces autorizará al médico a iniciar un curso de acción; y entonces el médico aceptará tal responsabilidad. La relación tiene obligaciones mutuas. El médico debe ser profesionalmente competente, actuar con responsabilidad, solicitar interconsultas cuando sea necesario y tratar al paciente con compasión y respeto. El paciente deberá participar responsablemente en su cuidado, lo que incluye también dar consentimiento bajo información o declinación del cuidado según sea el caso.

La comunicación efectiva es crítica para una sólida relación médico-paciente. El médico tiene el deber de promover la comprensión del paciente y deberá estar consciente de los obstáculos, incluyendo el desconocimiento del paciente en asuntos de salud. La comunicación a través del correo electrónico u otros medios electrónicos pueden suplementar los encuentros cara a cara; sin embargo, esto debe realizarse bajo los lineamientos apropiados (11). “La expedición de prescripciones u otras formas de tratamiento, basadas únicamente en cuestionarios en línea o consultoría telefónica no constituyen un estándar aceptable de atención médica” (12). Excepciones a esto incluye situaciones de llamadas a los médicos de guardia en donde el paciente haya establecido una relación previa con otro clínico de la misma práctica y ciertas situaciones urgentes de salud pública, como el diagnóstico y tratamiento de enfermedades infecciosas transmisibles. Un ejemplo de esto son los *Centers for Disease Control and Prevention* que aprueban la práctica expedita de terapia de pareja para ciertas infecciones transmitidas sexualmente. Sin embargo, aspectos de la relación médico-paciente, tales como la responsabilidad del médico hacia el paciente, se mantienen aún en ausencia de contacto interpersonal entre el médico y el paciente (12).

El cuidado y el respeto deben guiar la práctica del examen físico. El lugar y el grado de privacidad deben ser apropiados para el tipo de exploración física, con servicios de chaperón como una opción. Un establecimiento apropiado y tiempo suficiente deben ser asignados para alentar la exploración de aspectos de la vida pertinentes a la salud del paciente, incluyendo hábitos, relaciones, sexualidad, vocación, cultura, religión y espiritualidad.

A través de la historia, la tradición y un juramento profesional, los médicos tienen la obligación moral de proveer atención médica a las personas enfermas. Aunque esta obligación es colectiva, cada médico en forma individual se obliga a hacer su parte en asegurar que todos los enfermos reciban un tratamiento apropiado (13). Un médico no debe discriminar en contra de clases o categorías de pacientes.

Una relación individual médico-paciente se forma con base en un acuerdo mutuo. En ausencia de una relación preexistente, el médico no está éticamente obligado a proveer atención médica a una persona a menos que no haya otro médico disponible, como es el caso en algunas comunidades aisladas, o cuando un tratamiento de urgencia se requiera. Bajo estas circunstancias, el médico está moralmente obligado a proveer la atención requerida y de ser necesario, a hacer los arreglos para un seguimiento apropiado. Los médicos también pueden estar obligados por un contrato para proveer cuidados a los beneficiarios de los planes de salud en que participen.

Los médicos y pacientes pudiesen tener diferentes conceptos o creencias culturales acerca del significado y resolución de los problemas médicos. El cuidado del paciente y la satisfacción de ambas partes se obtienen en mayor medida si el médico y el paciente discuten sus expectativas y preocupaciones. Los médicos en su intento por resolver los problemas y preocupaciones del paciente, no deben violar valores personales fundamentales, estándares de atención médica o prácticas éticas, o la ley. Cuando las creencias de los pacientes- religiosa, cultural u otras- van en contra de las recomendaciones médicas, el médico está obligado a tratar de entender claramente las creencias y puntos de vista del paciente. Si el médico no puede llevar a cabo

los deseos del paciente después de haber tratado de resolver seriamente las diferencias, el médico deberá discutir con él o la paciente su opción de recibir atención con otro médico.

Bajo raras circunstancias, el médico pudiese elegir el discontinuar la relación profesional, al cerciorarse que los cuidados adecuados estén disponibles en otro lugar y que la salud del paciente no sea puesta en peligro durante el proceso (14, 15). El médico deberá notificar al paciente por escrito y lograr su aprobación de transferir los archivos médicos a otro doctor y atenerse a las regulaciones de las leyes aplicables. La continuidad de los cuidados médicos se debe garantizar. El abandono no es ético y es una causa de acción bajo la ley. La terminación de la relación médico-paciente iniciada por un médico es un evento serio, especialmente si el paciente está gravemente enfermo, y debe ser llevada a cabo únicamente después de intentos genuinos de comprender y resolver las diferencias. La responsabilidad del médico es servir de la mejor forma a los intereses del paciente. Un paciente es libre de cambiar de médico en cualquier momento y tener libre acceso a la información de su expediente clínico.

### **Evaluaciones médicas por terceros**

Al llevar a cabo una evaluación parcial de un individuo a través de un tercero, por ejemplo, como un médico empleado de la industria o un examinador médico independiente, se erigen distintos asuntos éticos vinculados a la relación médico-paciente. El médico deberá revelar al paciente que una evaluación se está llevando a cabo por un tercero y que por tanto traerá conflictos de interés inherentes; asegurándose de que el paciente esté consciente que los aspectos tradicionales de la relación médico-paciente, incluyendo la confidencialidad, podrían no aplicar; deberá obtener el consentimiento del examinado para la evaluación y la revelación de resultados por un tercero; ejercitar un juicio médico apropiado e independiente, libre de la influencia de un tercero; e informar al examinado de los resultados de su evaluación apoyándolo a él o ella para ver a otro médico si los resultados sugieren la necesidad de una atención médica de seguimiento. (16, 17).

### **Confidencialidad**

La confidencialidad es un principio fundamental de la atención médica. Cada vez es más difícil mantener la confidencialidad en esta era de registros computarizados y de procesamiento electrónico de datos, envío por fax de la información de pacientes, pago de servicios médicos por terceros y en la que la atención médica de los pacientes se comparte entre un gran número de instituciones y profesionales de la salud. Los médicos deben seguir los protocolos apropiados de seguridad para el almacenamiento de la información del paciente manteniendo siempre la confidencialidad, al adherirse a las mejores prácticas de comunicación electrónica y el uso de herramientas de decisión. La confidencialidad tiene que ver con respetar la privacidad de los pacientes, animarlos a buscar atención médica, discutir sus problemas y prevenir su discriminación por su condición médica. El médico no deberá revelar la información médica de un paciente (con frecuencia llamada comunicación privilegiada) sin el consentimiento del mismo. Asimismo, la confidencialidad, como otros deberes éticos no es absoluta, pues podrá no respetarse para proteger a otros individuos o al público, o para revelar información en caso de que la ley lo requiera. En estos casos, el médico deberá hacer todo lo que sea necesario para discutir esta eventualidad con el paciente. Si violar la confidencialidad es necesario, se deberá hacer minimizando al máximo el daño al paciente y a la vez que cumpla las correspondientes leyes estatales o federales.

El médico estará consciente del aumento del riesgo de invasión a la privacidad de sus pacientes y ayudará a asegurar y garantizar la confidencialidad; deberá también tener en mente los requerimientos legales estatales y federales incluyendo la regla de privacidad *The Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPPA)* (18). Los médicos dentro de sus instituciones deberán apoyar las políticas y procedimientos que protejan la confidencialidad de los expedientes médicos. Para fomentar el profesionalismo y proteger la privacidad de sus pacientes, los clínicos deberán limitar las discusiones referentes a sus pacientes y lo relacionado a su atención solo al ámbito profesional. El que profesionales hablen en lugares públicos sobre los problemas de un paciente identificado (por ejemplo, en elevadores o cafeterías) es una violación de la confidencialidad y no es ético. Fuera de un entorno educativo, hablar sobre un paciente que se podría identificar frente a personas que no participan en su atención es imprudente y menoscaba la confianza del público en la profesión médica. Los médicos de pacientes famosos deben recordar que no pueden hablar sobre la información médica del paciente ni darla a conocer sin el consentimiento explícito del mismo.

El apoyo familiar es importante en la atención del paciente adolescente. Sin embargo, este apoyo debe equilibrarse con la confidencialidad y el respeto por la autonomía del adolescente para tomar decisiones médicas, así como en su relación con el resto del equipo de salud (19). Los médicos deben estar debidamente

informados sobre la legislación estatal que rige el derecho de pacientes adolescentes a la confidencialidad y el derecho legal del adolescente de dar consentimiento para su tratamiento.

Ocasionalmente, el médico recibe información por parte de amigos o parientes del paciente y se le solicita que no dé a conocer al paciente la fuente de esa información (20). El médico no está obligado a mantener esos secretos frente al paciente. Se debe exhortar al informante para que hable directamente con el paciente y que lo anime a comunicar esa información al médico. El médico debe mostrar delicadeza y sensibilidad al usar su criterio para decidir si usará la información así recibida y si revelará su fuente al paciente. El médico siempre debe actuar de acuerdo a los mejores intereses del paciente.

### **El paciente y la historia clínica**

Al registrar información a los expedientes médicos, ya sea en papel o electrónicos, ésta deberá ser información exacta y completa sobre todas las comunicaciones, incluyendo aquellas hechas en persona, por teléfono, cartas o medios electrónicos. Desde el punto de vista ético y legal los pacientes tienen el derecho de saber el contenido de su expediente médico. Desde el punto de vista legal el expediente es del médico o la institución, pero la información contenida en el mismo pertenece al paciente. La mayoría de los estados cuentan con leyes que garantizan al paciente acceso personal a su historia clínica como lo estipula la regla federal *HIPPA*. El médico siempre proporcionará la información solicitada por el paciente, o en su caso un tercero, previa autorización. La información no podrá retenerse incluso ni por falta de pago de los gastos médicos. Los médicos deben conservar el original del expediente y atender la solicitud del paciente con copias, o resúmenes a menos que se exija el registro original. A fin de proteger la confidencialidad, la información debe darse a conocer únicamente con el permiso por escrito del paciente o de su representante legalmente autorizado. Si el médico dejara de ejercer por alguna causa o si fallece, deberá notificarse al paciente y entregar o enviar el historial clínico a otro médico según las instrucciones del paciente.

### **Revelación de información**

Para tomar decisiones sobre su atención médica y trabajar inteligentemente en colaboración con el médico, el paciente debe estar bien informado. La comunicación eficaz entre paciente y médico puede disipar la incertidumbre y el temor y asimismo favorecer la curación y la satisfacción del paciente. El paciente deberá conocer toda la información, y cuando sea apropiado, el resto de la familia y otros profesionales que participan o apoyan en la atención, siempre y cuando el médico lo considere esencial para que comprendan su situación, así como los posibles tratamientos y los probables resultados. Esta información a menudo incluye los costos, los efectos adversos y beneficios del tratamiento, la experiencia del médico que se propone y la índole de la enfermedad.

Independientemente de lo incómodo que sea para el médico, si el paciente lo desea, éste deberá dar a conocer la información que sea esencial para el paciente. Cómo, cuándo y a quién más dará a conocer la información son cuestiones importantes y que se acatarán de acuerdo a los deseos del paciente. En general todos los individuos tienen el derecho de que se les informe en forma detallada y completa, pero algunos pacientes pueden comunicar al médico que ellos prefieren solo información parcial o limitada, y que se revele la información a los miembros de la familia u a otras personas que el elija (21).

La información debe ser otorgada al paciente en términos que él pueda entender. El médico deberá ser sensible a las respuestas del paciente al sentar el ritmo de la comunicación, particularmente si la enfermedad es grave. Las revelaciones y las comunicaciones sobre el estado de salud nunca deberán ser un proceso mecánico o somero. La Información y noticias desagradables deberán presentarse al paciente en una forma que minimice la angustia (22, 23). Si el paciente no puede comprender su condición, la información deberá revelarse a un responsable sustituto apropiado.

La no revelación de información terapéutica, también llamada "*privilegio terapéutico*", es la retención de información relevante sobre la salud del paciente si se cree que la revelación de esta información sea contraindicada (24). Ésta excepción podría engullir la regla de consentimiento bajo información, el privilegio terapéutico rara vez deberá invocarse y sólo después de haberse consultado con un colega. Se requerirá una justificación ética de las revelaciones revisando a conciencia los beneficios o daños al paciente (25).

Además, los médicos deberán revelar a los pacientes la información sobre errores de procedimiento o criterio que hayan efectuado durante su atención médica, en caso de que dicha información sea esencial para el

bienestar del paciente. Los errores no necesariamente constituyen una conducta inapropiada, negligente o no ética, pero él no revelarlos puede serlo.

### **Decisiones y consentimiento bajo información**

El consentimiento del paciente permite al médico suministrar la atención médica requerida. Tocar a una persona sin autorización constituye agresión, incluso en el marco médico. El consentimiento puede ser explícito o implícito. El consentimiento explícito sucede más a menudo en un marco hospitalario, donde se da el consentimiento escrito o verbal para un procedimiento o una intervención médica en particular. En muchos encuentros médicos, cuando el paciente se presenta ante el médico para evaluación y atención médica, puede suponerse que se ha dado el consentimiento. Una vez que se explican la naturaleza del padecimiento subyacente y las opciones de tratamiento, éste finalmente se acepta o se rechaza. En emergencias médicas, se considera que el consentimiento para el tratamiento necesario a fin de mantener la vida o restaurar la salud generalmente es implícito a menos que se sepa que el paciente rechazaría la intervención.

La doctrina del consentimiento bajo información va más allá de la cuestión de si el consentimiento se expidió para un tratamiento o intervención. Más bien, se centra en el contenido y proceso del consentimiento. Se requiere que el médico proporcione suficiente información como para permitir al paciente tomar una decisión con conocimiento de causa sobre cómo proceder. La presentación del médico debe incluir una evaluación del entendimiento del paciente, estar balanceada, ser imparcial e incluir la recomendación del médico. La coincidencia del paciente o su representante legal debe ser libre y sin coerción.

El principio y la práctica del consentimiento bajo información descansa en que los pacientes hagan preguntas cuando no estén seguros de la información que reciben; en que piensen detenidamente sobre sus opciones; y en que sean francos ante sus médicos sobre los valores, las inquietudes y reservas sobre una recomendación en particular. Una vez que los pacientes y médicos convengan en un plan de acción, los pacientes deben hacer todo lo posible dentro de lo razonable para implementar los aspectos de la atención médica que estén bajo su control o para informar al médico oportunamente cuando no es posible hacerlo.

El médico está obligado a garantizar que el paciente o su representante esté informado adecuadamente sobre la índole del padecimiento que sufre, los objetivos, las alternativas, los resultados posibles y los riesgos que implica el tratamiento que se propone.

La capacidad o incapacidad de un paciente para tomar decisiones es una determinación legal. Se consideran competentes para tomar decisiones sobre atención médica a todos los pacientes adultos, a menos que un tribunal los haya declarado incompetentes. Sin embargo, en el ejercicio de la medicina clínica, los médicos y los familiares por lo general toman decisiones sin una audiencia formal para establecer la competencia ante el tribunal en casos de pacientes que carecen de la capacidad de toma de decisiones (la habilidad para recibir y expresar información y tomar decisiones en consonancia con esa información y los propios valores). Este enfoque clínico puede justificarse éticamente si el médico ha determinado cuidadosamente que el paciente es incapaz de entender la índole del tratamiento propuesto, las alternativas, los riesgos, los beneficios y las consecuencias del mismo. Evaluar la capacidad de comprensión de un paciente puede ser muy difícil. En ocasiones la capacidad de tomar decisiones por el paciente se debe evaluar para una decisión en particular en un momento en particular. La capacidad para expresar una meta o deseo en particular, puede coexistir con la incapacidad para tomar decisiones más complejas. Mientras más grandes sean las consecuencias de una decisión, mayor será la necesidad de evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones.

Cuando un paciente carece de la capacidad de realizar decisiones, un representante deberá tomar las decisiones con el médico. El tratamiento debe conformarse a lo que el paciente quisiese con base en una planeación oral o escrita (directrices anticipadas). Si estas preferencias o directrices no existen o se desconocen, las decisiones del cuidado deberán fundamentarse en la mejor evidencia de lo que el paciente hubiese escogido de acuerdo a sus valores, decisiones anteriores y creencias (juicios sustitutos), o en su defecto, en los mejores intereses del paciente. Sin embargo, puede haber situaciones en donde las decisiones de acuerdo a los mejores intereses se tomen en lugar de los juicios sustitutos (26).

Si el paciente ha designado a un representante, a través de un poder legal para el cuidado de la salud, esa decisión deberá respetarse. Algunos estados tienen estatutos de consentimiento sobre atención a la salud que especifican quien y en qué orden de prioridad los miembros de la familia u personas cercanas puedan servir como representantes. Cuando los pacientes no hayan seleccionado representantes, un miembro de la familia – que pudiese ser una pareja doméstica- podría servir de representante. Los médicos deben estar conscientes

de los requerimientos legales en sus estados para las designaciones de representantes y la toma de decisiones. En algunos casos, todas las partes pueden acordar que un amigo cercano sea más apropiado que un familiar.

Las preferencias de los representantes pueden entrar en conflicto con las preferencias y los intereses del paciente. Los médicos deberán tener un cuidado razonable para asegurar que las decisiones del representante sean consistentes con las preferencias y mejores intereses del paciente. Cuando sea posible, estas decisiones deberán alcanzarse en el entorno médico. Los médicos deben enfatizar a los representantes que las decisiones estén basadas en los deseos del paciente, y no en lo que los representantes escogerían para ellos mismos. Los comités de ética hospitalaria pueden ser una fuente valiosa en situaciones difíciles. Las cortes deberán emplearse cuando sus servicios sirvan al paciente, como para establecer custodias para un paciente incompetente y solitario, para resolver problemas cuando otros medios fallan, o para atenerse a las legislaciones estatales.

Los médicos deben en forma rutinaria alentar a sus pacientes a discutir con los familiares y amigos que consideren apropiados, sus deseos sobre su futura atención médica y consignarlos como directrices anticipadas, o en su caso, un poder legal para el futuro cuidado de la salud y la toma de decisiones correspondiente (27, 28). (Véase también "Directrices anticipadas" dentro de la sección Atención de pacientes cercanos a la muerte).

La mayoría de los pacientes adultos pueden participar, y compartir la responsabilidad para su cuidado de la salud. Los médicos no pueden diagnosticar y tratar adecuadamente sin la información completa de la historia médica personal y familiar, hábitos, tratamientos actuales (médicos o de otro tipo), y síntomas. La obligación del médico a la confidencialidad existe en parte para garantizar que los pacientes sean francos y no tengan miedo de perder su privacidad.

Los médicos deben tratar de crear un ambiente en donde la honestidad prospere y los pacientes sientan que sus preocupaciones, dudas y preguntas se alientan.

### **Decisiones sobre la reproducción**

El deber ético de dar a conocer información relevante sobre la reproducción humana al paciente puede estar en conflicto con las normas morales personales del médico en lo que concierne al aborto, la esterilización o métodos anticonceptivos. El médico que se opone a estos servicios no necesita recomendar, prescribir o efectuar estos servicios. Al igual que en cualquier otra situación médica, el médico tiene el deber informar sobre estas alternativas de tratamiento o remitir al paciente a una fuente apropiada para que obtenga la gama completa de opciones de manera que las opciones del paciente no se vean constreñidas. Los médicos que no puedan dar esa información deberán transferir el cuidado del paciente, siempre y cuando la salud del paciente no se comprometa.

Si un paciente menor de edad solicita el aborto, consejo sobre métodos anticonceptivos o tratamiento de enfermedades de transmisión sexual sin el conocimiento de uno de los padres, es aconsejable que el médico intente convencer al paciente sobre los beneficios de que sus padres participen, pero debe estar consciente de que pudiera existir un conflicto entre el deber legal de mantener la confidencialidad y la obligación hacia los padres o tutores legales. La información no debe proporcionarse a otros sin el permiso del paciente (19). En tales casos, el médico debe guiarse por el mejor interés del paciente, por su conciencia y por lo que dispongan las leyes.

### **Pruebas genéticas y confidencialidad**

Las pruebas pre-sintomáticas o de tamizaje genético y de diagnóstico presentan nuevos problemas de educación, consejo, privacidad, confidencialidad, costo y justicia. Estas pruebas permiten a los clínicos el predecir enfermedades o detectar susceptibilidades sin la habilidad de prevenir, tratar, o curar las condiciones identificadas. Las pruebas genéticas presentan problemas únicos ya que identifican los riesgos de la enfermedad a los pacientes pero también para los miembros de la familia que quizás no estén bajo el cuidado del médico que realizó la prueba.

Las pruebas genéticas incluyen pruebas predictivas hechas en individuos asintomáticos y pruebas diagnósticas hechas para descartar o confirmar la sospecha de una condición genética basada en las características clínicas



de un individuo afectado. El público y otros profesionales de la salud normalmente tienen una comprensión limitada entre la predicción y la susceptibilidad o riesgo.

Debido a que el número de genetistas clínicos y consultores genéticos es pequeño, y a que es improbable que cumplan con las demandas generadas por el crecimiento exponencial en las pruebas genéticas, se espera que los clínicos comuniquen a los pacientes el significado de los resultados de los estudios genéticos. Sólo los médicos con las habilidades y destrezas necesarias para la educación y consejo genético pre-prueba y post-prueba deberán efectuar pruebas genéticas (20, 30). Si los médicos están calificados para esto, deberán discutir con los pacientes el grado en que un factor de riesgo genético se correlaciona con la posibilidad de desarrollar una enfermedad. La sensibilidad y la especificidad basada en evidencias de una prueba genética particular deberán estar disponibles, y los riesgos y beneficios de las pruebas deberán aclararse a los pacientes que soliciten dichos estudios. Si el clínico no se siente capaz o si tiene inseguridad o indecisión, deberá referir al paciente con otro médico para su discusión. Las pruebas no deberán llevarse a cabo sin que las potenciales consecuencias de conocer la información genética hayan sido discutidas con el paciente. El impacto potencial en el bienestar del paciente, las implicaciones para los miembros de la familia y el posible uso adverso de dicha información por empleados, aseguradores, u otras instituciones de la sociedad deben ser completamente explorados y comprendidos. Las solicitudes comerciales este tipo de pruebas que se anuncian y que se ordenan por correo no se adhieren a estas necesidades, ni a los requerimientos de especificidad, sensibilidad, o credibilidad científica (31).

El concepto de “predisposición genética” puede alterar substancialmente la vida de los individuos y sus familias con implicaciones para el empleo, la obtención de seguros, procreación, dieta, y otras actividades. Aunque la información sobre la presencia de un factor de riesgo genético o una enfermedad genética en un miembro de la familia genera la posibilidad de que individuos relacionados genéticamente estén bajo riesgo, la obligación primaria del médico será la de promover los mejores intereses del paciente. Sin embargo el médico debe alentar la cooperación del paciente para contactar a los miembros de la familia bajo riesgo u obtener el consentimiento del paciente para informarles sobre la necesidad de consejo genético.

Conforme más información se vuelva asequible sobre los riesgos genéticos de ciertas enfermedades, los médicos deberán estar conscientes de la necesidad de confidencialidad concerniente a la información genética y deberán seguir las mejores prácticas para minimizar el riesgo potencial de revelaciones inapropiadas y desautorizadas de datos genéticos (32). Existen problemas éticos muy complejos, como por ejemplo a cuál miembro de la familia se debería de informar sobre los resultados de las pruebas genéticas. Los médicos deben ser sensibles sobre estos asuntos y este tipo de pruebas no deben realizarse hasta que no se haya discutido y comprendido plenamente las consecuencias. Otras preocupaciones concernientes a la privacidad genética incluyen la discriminación; las condiciones culturales; la habilidad de salvaguardar los datos genéticos; y el potencial de identificar pacientes a través de métodos desautorizados(33), incluyendo el acceso potencial por las agencias y fuerzas de la ley sin antes haber obtenido una orden judicial (34). Muchos gobiernos estatales y el gobierno federal promulgan reglas sobre el acceso de empleados y aseguradores a dicha información. El *Genetic Information Nondiscrimination Act of 2008* fue diseñado para prevenir la discriminación en la cobertura de salud y los empleos basados en la información genética. Los médicos deberán informar a los pacientes sobre los riesgos sobre la privacidad genética y sus implicaciones para ellos y los miembros de la familia, así ellos podrán realizar una decisión bien informada sobre las pruebas y la revelación de información genética.

### **Riesgo médico para el médico y el paciente**

Los médicos hicieron un juramento de servir a los enfermos. Tradicionalmente, el imperativo ético de que los médicos proporcionen siempre atención médica ha sobrepasado el riesgo que corre el médico tratante, inclusive durante las epidemias. En décadas recientes, con el mejor control de ese tipo de riesgos, los médicos ejercen la medicina sin tener este riesgo como una inquietud prominente. Sin embargo, la potencial exposición ocupacional al VIH, la tuberculosis resistente a múltiples fármacos, el síndrome respiratorio agudo grave (SARS) y la hepatitis viral hacen necesario reafirmar el imperativo ético (35).

Los médicos deben evaluar el riesgo de infectarse con patógenos, tanto en su vida personal como en el trabajo, e implementar las precauciones correspondientes. Los médicos que pudieran haber estado expuestos a los patógenos tienen la obligación ética de someterse a pruebas de laboratorio correspondientes y deben hacerlo voluntariamente. Los médicos infectados deberán someterse a la orientación de su médico personal o a la revisión de expertos locales para determinar, confidencialmente, si se requieren restricciones en su especialidad médica y si son apropiadas con base en el cumplimiento de las precauciones de control de

infecciones y de aptitud física y mental para ejercer. La infección en sí no justifica restricciones en el ejercicio profesional en lo que concierne a un trabajador en el campo de atención médica competente en otros aspectos. Se espera que los profesionales de la salud cumplan con las políticas de salud pública institucionales.

Debido a que las enfermedades infecciosas se pueden transmitir del paciente al médico, representan considerables riesgos para la salud del médico y son difíciles de tratar o curar, algunos médicos podrían estar tentados a evitar atender a pacientes infectados. Los médicos y las organizaciones de atención médica están obligados a proporcionar atención competente y humanitaria a todos los pacientes, independientemente de sus padecimientos. Los médicos pueden y deben esperar que en sus instalaciones de trabajo se proporcionen medios adecuados para limitar la exposición ocupacional mediante la aplicación rigurosa de métodos de control de infecciones. Negar atención médica a algún tipo de pacientes, por cualquier razón, incluida el tipo de enfermedad no es ético (36).

La decisión de si los médicos deben dar a conocer su padecimiento depende de la probabilidad de riesgos para el paciente y la legislación o los reglamentos pertinentes en sus localidades. Los médicos deben retirarse de la atención médica directa si se hace evidente que el riesgo asociado con el contacto o una intervención es significativo, a pesar de haberse tomado las medidas preventivas apropiadas. Los médicos también están obligados a revelar su padecimiento *a posteriori* si hubiera sucedido una exposición clínicamente significativa hacia algún paciente.

Los médicos tienen varias obligaciones en lo que respecta al riesgo de infección nosocomial. Deben ayudar al público a entender el bajo nivel de riesgo de ésta y presentarlo en la perspectiva de otros riesgos médicos al mismo tiempo que reconocen la preocupación del público. Los médicos proporcionan atención médica a profesionales de la salud, parte de esta atención consiste en hablar con estos profesionales sobre su riesgo de contraer enfermedades como VIH o hepatitis viral, de someterse a pruebas de laboratorio voluntariamente si corriesen riesgos, así como de tomar las medidas razonables para proteger a los pacientes. El médico que proporciona atención a un profesional de la salud infectado debe determinar la aptitud que dicho profesional de la salud tiene para trabajar. En algunos casos, no puede convencerse a este tipo de profesionales infectados o seropositivos de que cumplan con los lineamientos de control de infección vigentes de que restrinjan su actividad profesional. En casos excepcionales como éstos, el médico tratante podría violar la confidencialidad y dar parte de este incidente a las autoridades pertinentes a fin de proteger a los pacientes y conservar la confianza del público en la profesión, a pesar de que estas acciones podrían tener consecuencias legales.

### **La relación médico-paciente y catástrofes en el sistema de cuidados a la salud**

Las catástrofes de salud a gran escala por causas infecciosas (por ejemplo, influenza, síndrome respiratorio agudo severo), desastres naturales (por ejemplo, tsunamis, terremotos, huracanes), o ataques terroristas pueden sobrepasar las capacidades de los sistemas de salud y tienen el potencial de estresar e inclusive cambiar las normas tradicionales de la relación médico-paciente. Por ejemplo, los médicos no deben eludir efectuar triaje. Además, muchas organizaciones estatales, nacionales, e internacionales han desarrollado lineamientos y guías que incluyen recomendaciones para decisiones unilaterales por los médicos para retener o retirar la ventilación mecánica de algunos pacientes que aún podrían beneficiarse de ésta, cuando la demanda por ventiladores exceda los suministros (37-40). Los principios que guían a quienes proporcionan cuidados de la salud durante las catástrofes pueden cambiar de los principios de autonomía y beneficencia a los de utilidad, justicia, y administración. Un reporte señala que “un desastre público que sea pandémico, en virtud de la falta de recursos, impondrá severas limitaciones en la autonomía sobre la toma de decisiones de los pacientes y de los proveedores de la atención médica” (37). Los médicos junto con el público y organizaciones gubernamentales deben participar en el desarrollo de lineamientos para un otorgamiento con justicia de la atención médica en tiempos de catástrofes, estando conscientes de las disparidades en cuanto a la atención médica que pudieran afectar a la población de las regiones afectadas.

### **Tratamientos alternativos y complementarios**

La medicina alternativa y complementaria (MAC), definida por el *National Center for Complementary and Alternative Medicine*, “es un grupo de diversos sistemas médicos y de salud, prácticas y productos que no son generalmente considerados parte de la medicina convencional” (41). La medicina integral “combina tratamientos convencionales y de MAC de la cual existe evidencia de su seguridad y efectividad” (41). Las prácticas de salud folklóricas son comunes en muchas culturas (42). En 2007, el 38% de los adultos en E.U. han reportado usar MAC en el año previo (43).

Los pacientes pueden valorar los diferentes enfoques de la medicina Occidental, con sus bases científicas y la MAC. Una falla de la terapéutica convencional, o preocupaciones de tipo cultural, puedan guiar al paciente a un abordaje alternativo de su atención. Las solicitudes de los pacientes por tratamientos alternativos requieren el balancear los estándares de la atención médica con los derechos del paciente a escoger un cuidado con base en sus valores o preferencias. Dichas peticiones requieren una atención cuidadosa del médico. Antes de aconsejar al paciente, el médico deberá asegurarse de la razón o causa de la petición. El médico deberá estar seguro de que el paciente comprende su condición, las opciones de tratamiento médico estándar, y los resultados que se esperan. Debido a que la mayoría de los pacientes no revelan espontáneamente su uso de MAC, los médicos deberán preguntar a sus pacientes sobre sus prácticas actuales (44, 45) como parte esencial de una historia clínica completa.

El médico debe alentar al paciente que esta recibiendo o que pide un tratamiento alternativo a buscar información y literatura de fuentes fiables (46). El paciente debe ser totalmente informado si la opción bajo consideración puede retrasar el acceso a un tratamiento efectivo, o si ésta se conoce como nociva. El médico deberá ser consciente del impacto potencial de la MAC sobre el cuidado del paciente. La decisión del paciente a seleccionar alguna forma alternativa de tratamiento no debe ser una causa de deterioro de la relación médico-paciente.

### **Certificación de discapacidades**

Algunos pacientes padecen de enfermedades crónicas, abrumadoras o catastróficas. En estos casos, la sociedad permite a los médicos justificar exenciones para el trabajo, así como legitimar otras formas de apoyo económico. En concordancia con su función de consejero de pacientes, el médico debe asistir al paciente que sufre de una discapacidad médica para que obtenga la condición o estatus adecuado de discapacidad. Los formularios para evaluación de discapacidades o los certificados de incapacidad deben contestarse en forma veraz, honesta y oportuna.

Los médicos a menudo se encontrarán con pacientes cuyos problemas podrían no adecuarse a las definiciones estándar de discapacidad, pero quienes, sin embargo, parecen merecer la asistencia (por ejemplo, el paciente pudiera no contar con apoyo en su domicilio o recursos económicos muy limitados). Los médicos no deben distorsionar la información médica ni representar falsamente la condición funcional del paciente en un intento equivocado por ayudar a estos pacientes, ya que se haría peligrar la honradez del médico, así como su capacidad de consejero o defensor en pro de los pacientes que verdaderamente satisfacen los criterios de discapacidad o exención.

### **Atención de cuidados médicos a uno mismo; y a personas con las cuales el médico ha tenido contacto anterior en relaciones no profesionales; y a personas importantes (VIP's).**

Quizás a los médicos se les pida el proveer asistencia médica a una variedad de personas de las cuales el médico tenga una relación anterior no profesional. Cada una de estas situaciones genera preocupaciones clínicas y profesionales que deben ser consideradas.

Excepto en situaciones en donde no existe otra opción, los médicos no deben atenderse a sí mismos. Un médico no se puede entrevistar, examinar o consultar a sí mismo en forma adecuada; por lo que, la solicitud de pruebas diagnósticas, prescripción de medicamentos u otros tratamientos no será la óptima.

La relación emocional o social generada con gente con la que el médico tuvo un contacto previo no profesional, incluyendo a los miembros de la familia, amigos o conocidos, colegas y empleados, complica lo que será la relación profesional médico-paciente.

Por estas razones un médico al que se le pida proveer atención médica a una persona con la cual el médico tuvo una relación social o emocional deberá primero considerar otras alternativas (47). El médico podría fungir como un consultor o traductor médico y sugerir preguntas a realizar, explicar terminología médica, acompañar al paciente a citas, y abogar por ayuda al paciente, o podría usar sus conocimientos para referir al paciente a otro médico.

Por lo general los médicos no deben aceptar bajo su cuidado pacientes tomando ellos la relación dual de ser médico y miembro de la familia o médico-amigo, ya que el paciente podría estar en riesgo de recibir una atención médica de menor calidad por parte del médico por una gran variedad de razones que podrían incluir pérdida en la objetividad clínica, una inadecuada toma de la historia clínica o del examen físico, la solicitud de

exámenes de laboratorio en exceso, una prescripción inapropiada, un consejo incompleto en asuntos sensibles o fallas para mantener un expediente médico adecuado. También es posible que las necesidades del paciente quizás no correspondan a las áreas de pericia del médico (48). La proximidad emocional del médico podría resultar en dificultades para el paciente y/o el médico. Por otro lado, también es cierto que el paciente y en ocasiones el médico también pueden experimentar un beneficio sustancial de tener un amigo médico o miembro de la familia médico como proveedor de cuidados médicos, ya que el acceso al médico, la atención del médico al detalle, y la diligencia del médico a la excelencia en los cuidados podría ser superior.

Dada la complejidad de la relación dual del médico y algún miembro de la familia o médico amigo, los médicos deben sopesar estos riesgos, preocupaciones y todas las posibles alternativas, así como buscar consejo de colegas antes de tomar bajo su cuidado médico a familiares y amigos. Si finalmente ellos deciden asumir la atención médica, deberán hacerlo solo en los dominios de su pericia, con la misma comprensión diligente y cuidadosa documentación que se ejerce con otros pacientes. Los expedientes médicos deberán llevarse como con cualquier otro paciente.

La atención médica de VIP's (personas muy importantes) posee diferentes retos. Los médicos deben evitar la tendencia a saltarse porciones sensibles de la historia clínica o de la exploración física (49). La fama y el prestigio no debe comprarse el cuidado médico que no sea médicamente indicado. La privacidad y la confidencialidad del paciente deberá ser protegida para todos los pacientes (ver sección de Confidencialidad). Finalmente, la posición social de un VIP no debe afectar negativamente las responsabilidades del médico hacia otros pacientes.

### **Contacto sexual entre el médico y su paciente**

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

Incluso la relación sexual entre médicos y ex pacientes es motivo de preocupación. El impacto en la relación médico-paciente podría verse muy diferente por los médicos y por los ex pacientes y cualquiera de las partes podría subestimar la influencia de la relación profesional que existió. Muchos ex pacientes continúan sintiendo dependencia y transferencia en relación con sus médicos durante mucho tiempo después de que terminó la relación profesional. La intensa confianza que a menudo se establece entre el médico y paciente puede magnificar la vulnerabilidad del paciente en una relación sexual subsiguiente. Una relación sexual con un ex paciente no es ética si el médico "usa o se aprovecha de la confianza, el conocimiento, las emociones o la influencia derivada de la relación profesional anterior" (50). Debido que pudiera ser difícil para el médico juzgar esta influencia, aconsejamos consultar con un colega u otro profesional antes de involucrarse sexualmente con un ex paciente (51).

### **Privacidad y fronteras**

La presencia de un chaperón durante un examen físico puede contribuir al confort del paciente y el médico sobre todo si existe algún motivo particular, cultural o de género, aunque las opiniones se dividen sobre éste tema (52). En situaciones apropiadas, los médicos deberán preguntar a los pacientes si prefieren tener un chaperón presente. Debido a que la mayoría de las oficinas médicas generalmente no emplean chaperones, la persona a la que se le pregunte para llevar a cabo ése rol es temporalmente relevada de otras responsabilidades para acomodarse a ésta petición. En consultorios donde los recursos sean restringidos, dichas reasignaciones de personal pueden llevar a la interrupción del flujo de trabajo. Muchas mujeres ven la presencia de otras personas en la sala de exploración física como una intrusión a su privacidad. En general, mientras más íntima la exploración, con mayor énfasis el médico debe ofrecer la presencia de un chaperón. La discusión de información confidencial del paciente debe mantenerse a un mínimo durante la exploración en presencia del chaperón.

Los médicos que usen medios de la red, tales como redes sociales, blogs, sitios de video, deben ser conscientes de un potencial desdibujo y de las fronteras profesionales (53-55). Deben ser cuidadosos de extender los estándares para mantener las relaciones profesionales y confidencialidad de los escenarios clínicos en la red. Los médicos deben estar conscientes de la privacidad de los escenarios para la comunicación segura de mensajes y el registro de la interacción médico-paciente, así como en las redes y

otros medios en línea y deberán mantener siempre una conducta profesional con decoro en las comunicaciones que pudiesen ser vistos por pacientes o el público.

### **Regalos de pacientes**

El médico deberá tomar en consideración las implicaciones que pueda tener el aceptar un regalo en la relación médico-paciente, la naturaleza del regalo, la probable motivación y las expectativas del paciente (56). Un regalo trivial como muestra de aprecio no es desde el punto de vista ético problemático, pero sí lo es, la aceptación de un regalo para favorecer un tratamiento; esto subestimaría el profesionalismo pudiendo interferir con la objetividad en el cuidado del paciente (57).

### **Atención de pacientes cercanos al final de la vida**

Los médicos y la comunidad médica deben comprometerse a proveer en forma competente y compasiva los cuidados médicos a los pacientes que estén muriendo, así como apoyar a sus familiares (58) mediante una comunicación efectiva (28, 59). Los pacientes esperan que sus médicos cuiden de ellos mientras viven con enfermedades eventualmente fatales. Un buen control de los síntomas, el compromiso firme de servir al paciente y la familia, y el apoyo psicológico, físico y espiritual son el sello de un cuidado médico de alta calidad al final de la vida. Los cuidados médicos de pacientes al final de la vida, sin embargo, tienen una intensidad moral, psicológica e interpersonal que los distingue de otros encuentros clínicos. Es la obligación profesional de los médicos el desarrollar y mantener competencia en cuidados médicos de pacientes que se encuentra en la etapa fina de la vida.

### **Cuidados paliativos**

Los cuidados paliativos va más allá de los cuidados al final de la vida, los cuidados paliativos de los pacientes terminales con llevan a dirigirse a las necesidades físicas, psicosociales y espirituales de los pacientes, así como al entendimiento de que en algún momento requerirán de algún tratamiento paliativo en un contexto de cuidado agudo (60-62). Para proveer cuidados paliativos, el médico deberá estar actualizado en el uso apropiado de fármacos y tratamientos, incluyendo estar actualizado en las bases legales y éticas para el uso correcto de cualquier dosis de opioides que sean necesarias para aliviar el sufrimiento del paciente. En estos casos, el médico deberá buscar una consultoría apropiada en cuidados paliativos, esto lo hará teniendo en mente los mejores intereses del paciente, para saber cómo y cuándo tratar al enfermo en la casa o en su caso como usar hospicios, asilos o instituciones similares, estando consciente de las capacidades para ofrecer cuidados paliativo de los establecimientos a donde se refieren los pacientes.

Las familias de los pacientes terminales deberán estar preparados para el curso que tomará la enfermedad así como en las opciones de atención médica (63). Las diferencias culturales al final de la vida, incluyendo la diferencia de creencias, valores, y prácticas de salud, deben ser respetadas por los médicos así como sucede en otro tipo de cuidados médicos (42, 64). Los clínicos deben asistir a los miembros de la familia y a los seres queridos que sufran y experimenten tristeza después de la muerte del paciente.

### **Toma de decisiones en momentos cercanos a la muerte**

Los adultos informados que cuentan con la capacidad de toma de decisiones tienen el derecho legal y ético de rechazar cualquier tratamiento médico para mantener la vida que se les recomiende (65). Esto incluye cualquier intervención médica incluyendo ventiladores, nutrición e hidratación artificial, dispositivos electrónicos implantables (tales como marcapasos y desfibriladores) (66). El derecho del paciente se basa en el concepto filosófico del respeto por la autonomía, el derecho de autodeterminación que otorga la sociedad y en la garantía de libertad bajo la Constitución de Estados Unidos (67). Este derecho existe, a toda costa, ya sea de si el paciente está terminal o irreversiblemente enfermo, tenga dependientes, o esté embarazada. Cuando un médico desacuerda con las decisiones de tratamiento con un paciente, el médico responderá con empatía explorando y meditando todas las posibilidades, incluyendo ensayos clínicos por tiempo limitado y consultoría adicional. Si las decisiones de tratamiento del paciente o la familia violaran el sentido de integridad profesional del médico, se puede considerar el referir al paciente a otro médico calificado, pero el paciente y la familia no deben ser abandonados. La consultoría con un comité de ética podría ser de asistencia en mediar dichas disputas.

Los pacientes que carecen de la capacidad para tomar decisiones (consulte la sección sobre el consentimiento informado) tienen los mismos derechos en lo que respecta a las decisiones de tratamiento para mantener la

vida que los que tienen los pacientes que gozan de sus facultades mentales. Los tratamientos deben conformarse a lo que el paciente hubiera deseado con base en las disposiciones médicas anticipadas escritas u orales. Si no se contara con dichas disposiciones, las decisiones en cuanto a la atención médica deben basarse en la mejor evidencia de lo que el paciente hubiera elegido basándose en los valores del paciente, decisiones previas y creencias (juicios sustitutos) o, en su defecto, en lo que más le convenga al paciente. En ocasiones puede haber situaciones en donde los mejores intereses del paciente superan a los juicios sustitutos (26). Los médicos deben estar conscientes de los protocolos hospitalarios y los requisitos legales estatales que afectan la atención para pacientes cercanos a la muerte pueden variar. Los pacientes con enfermedades mentales pueden presentar retos muy particulares en la comprensión de sus deseos sobre su cuidado al final de la vida. La presencia de enfermedad mental no es evidencia “*prima facie*” de incapacidad para tomar decisiones. La consultoría psiquiátrica debe considerarse para explorar la habilidad del paciente para participar en la toma de decisiones.

### **Directrices anticipadas**

La planificación anticipada de la atención permite a la persona competente indicar sus preferencias de atención o designar un representante por si se presentara la situación en que el paciente no pudiera tomar las decisiones sobre su atención médica. Permite que los valores y las circunstancias del paciente den forma al plan de atención y permite disponer arreglos específicos para garantizar la implementación del mismo.

Los médicos deben en forma rutinaria alentar a planear en forma anticipada a los pacientes adultos que tengan capacidad de decisión y alentarlos a revisar sus valores y preferencias con sus representantes y miembros de la familia. La mejor forma de hacerlo es en un escenario como paciente externo antes de una crisis aguda. Estas discusiones permiten al médico conocer la visión del paciente, permitir la documentación de sus deseos en el expediente médico, y le permite al médico y asegurar al paciente de que él o ella estarán dispuestos a discutir estos asuntos sensibles y respetar las decisiones de los pacientes. El *Patient Self-Determination Act of 1990* requiere a hospitales, asilos, organizaciones del mantenimiento de la salud, y hospicios participantes en *Medicare* y *Medicaid* el preguntar si él paciente tiene una directriz anticipada, de proveer información sobre ellas, e incorporar directrices anticipadas en el expediente médico. No se requiere que se registre una directriz anticipada como una condición para recibir cuidados médicos.

Las directrices anticipadas escritas incluyen deseos en vida y el poder duradero de un abogado para el cuidado de la salud (68). Lo último permite al paciente designar a un representante legal para la toma de decisiones si el paciente se ve incapacitado para estas. El representante se obligará a actuar en concordancia con las preferencias expresadas o en su mejor interés manifestados previamente. Algunos pacientes quieren que sus representantes de adhieran estrictamente a sus deseos, otros, sin embargo, quieren que sus representantes tengan flexibilidad en la toma de decisiones (69-71). Los pacientes deberán especificar qué autoridad y discreción en la toma de decisiones darán a sus representantes.

Los deseos en vida permiten a los individuos el describir el tratamiento que ellos quisiesen recibir en el evento en que la capacidad de decisión se vea pérdida. La incertidumbre sobre el curso clínico futuro complica la interpretación de los deseos en vida y enfatiza la necesidad de médicos, pacientes y representantes para discutir las preferencias de los pacientes antes de que surjan las crisis. Algunas leyes estatales limitan la aplicación de directrices anticipadas a las enfermedades terminales o juzgan a las directrices anticipadas como no aplicables en pacientes embarazadas. Los requerimientos para fungir como testigos pueden variar.

Las directrices anticipadas deben ser rápidamente accesibles a los profesionales del cuidado de la salud sin importar el sitio de la atención; algunos estados tienen sistemas para documentar prescripciones médicas sobre el cuidado de la salud al final de la vida (72). Cuando no existe una directriz anticipada y cuando los valores y preferencias del paciente son desconocidos o poco claros, las decisiones deben basarse -en la medida de lo posible- en los mejores intereses del paciente, interpretados por un guardián o una persona que conozca y ame al paciente, en caso de estar disponible. Cuando se toma la decisión de llevar un tratamiento, muchas personas dan gran peso a la reversibilidad de la enfermedad o la dependencia en el soporte de vida, la falta de capacidad para la interacción social, o la cercanía a la muerte. Los miembros de la familia y los clínicos deben evitar el proyectar sus propios valores o visiones sobre la calidad de vida del paciente incapacitado. La calidad de vida debe ser evaluada de acuerdo a las perspectivas del paciente (73, 74).

### **Retirar o no suministrar el tratamiento**

Retirar el tratamiento o no suministrarlo son equivalentes desde el punto de vista ético y legal. Aunque para algunos estándares legales estatales y para algunas creencias culturales y religiosas sobre retirar o no suministrar tratamiento esto puede variar. Los tratamientos no se deben declinar por el miedo erróneo de que una vez iniciados, estos ya no pueden ser retirados. Esto negaría a los pacientes terapias potencialmente beneficiosas. Un ensayo terapéutico de tiempo limitado podría ser usado para clarificar el pronóstico del paciente. Al final del ensayo, una conferencia para revisar y checar el plan de tratamiento deberá llevarse a cabo. Quizás algunos miembros de la familia sean reacios a retirar tratamientos aunque crean que el paciente no hubiese querido que continuasen. El médico tendrá que prevenir o resolver estas situaciones hablando con la familia sobre los sentimientos de culpa, miedo, o preocupación de que el paciente sufra mientras se retira el soporte de vida, y asegurarse de que se lleven a cabo las medidas apropiadas para aliviar el estrés, y explicar las obligaciones éticas del médico de seguir los deseos del paciente.

### **Hidratación y alimentación artificial**

La administración artificial de nutrición y líquidos es un tratamiento médico sujeto a los mismos principios de toma de decisiones médicas como cualquier otro tratamiento. En algunos estados se requiere evidencia sustancial antes de que las directrices anticipadas puedan aceptarse como evidencia firme de que un paciente no desearía recibir estos tratamientos. Por esto, los médicos deben asesorar a los pacientes que deseen renunciar a la hidratación y alimentación artificial bajo alguna circunstancia, que lo hagan en sus directrices anticipadas con atención cuidadosa a las decisiones concernientes a la hidratación y alimentación artificiales. A pesar de que la investigación reporta lo contrario (75), aún subsiste la preocupación de que al discontinuar los tubos de alimentación causarán sufrimiento al paciente al producir hambre o sed. Por el otro lado, los pacientes moribundos pueden desarrollar una sobrecarga de líquidos con la disfunción renal concomitante, con edema pulmonar y periférico; la administración continua de fluidos intravenosos exacerba estos síntomas y puede causar más estrés. Los médicos deben referirse a estos asuntos con los pacientes y sus seres queridos involucrados en proveer la atención y cuidados.

### **Órdenes de “no reanimar”**

Una orden de no reanimar (orden *DNR*)- u orden de no intentar reanimar (orden *DNAR*), o una orden de permitir muerte natural (orden *AND*)- es una orden médica que no permite un intento de reanimación cardiopulmonar básica como externo o una reanimación cardiopulmonar avanzada en caso de encontrarse internado en el hospital. Intervenir en el caso de un “paro cardiorespiratorio” es inapropiado para algunos pacientes, particularmente para aquellos casos en los que se espera la muerte en forma inminente, inevitable e inexorable. Debido a que el “paro cardiorespiratorio” no permite la toma de decisiones en forma deliberativa, las decisiones sobre reanimación cardiopulmonar deberán efectuarse en forma anticipada. Los médicos deben alentar a los pacientes que sufren enfermedades graves o que están en edad avanzada (o a sus representantes) discutir la reanimación cardiopulmonar.

Una orden *DNR* aplica únicamente a la reanimación cardiopulmonar. Una discusión con el paciente o su representante sobre éste asunto refleja una revisión amplia de las metas, propósitos y significado del plan de atención médica. Los cambios que el paciente desee hacer en las metas, tratamiento y/o intervenciones específicas deberán quedar referidas en forma explícita para cada paciente. Una orden *DNR* debe escribirse en el expediente médico junto a las notas y órdenes que describen todos los cambios en las metas de tratamiento o planes, para que así el equipo completo de salud comprenda el plan de cuidados médicos. Una orden *DNR* no significa que el paciente es necesariamente inelegible para otras medidas o tratamientos para prolongar la vida, ya sean terapéuticas y/o paliativas. Debido a que son ambiguos y poco claros, los esfuerzos de reanimación “a medias” (“códigos lentos”) no deben llevarse a cabo (76).

Un paciente que es candidato a intubación orotraqueal pero que declina, desarrollará insuficiencia respiratoria aguda y presentará un “paro cardiorespiratorio”. Por esta razón, los médicos no deberán escribir órdenes de “no intubar” en ausencia de una orden *DNR*. Es importante preguntar a los pacientes o a los representantes sobre los deseos referentes a intubación y el traslado subsecuente a la unidad de cuidados intensivos en conjunto con las discusiones sobre reanimación cardiopulmonar.

Una orden *DNR* no debe suspenderse simplemente porque un cambio en la locación de la atención médica. Cuando a un paciente con una orden *DNR* preexistente se le efectuará, por ejemplo, un procedimiento que requiere anestesia general, como la fibrobroncoscopia o endoscopia gastrointestinal, el médico debe discutir la razón para continuar o suspender temporalmente la orden *DNR*. Un cambio en el estatus *DNR* requiere de la aprobación del paciente o del representante que toma las decisiones.

En general, cualquier decisión sobre planeación de cuidados médicos en las directrices anticipadas, incluyendo la decisión de no aceptar reanimación, aplica en otros escenarios de atención médica para ese paciente, y esto debe explicársele al paciente. Muchos estados y localidades tienen requerimientos uniformes y completos para la implementación de ordenes *DNR* fuera del hospital (77). Los médicos deben de saber cómo respetar la orden y tratar de proteger al paciente de intentos de reanimación inapropiados. Los médicos deben garantizar que las órdenes *DNR* se transfieren con el paciente y que el equipo de cuidados médicos subsecuente comprende las bases de dicha decisión.

### **Tratamientos “fútiles”**

En la circunstancia de que ninguna evidencia muestre que un tratamiento específico deseado por el paciente proveerá algún beneficio médico, el médico no está éticamente obligado a proporcionar dicho tratamiento (pero el médico deberá conocer cualquier ley estatal relevante). El médico no necesita proveer un esfuerzo de reanimación que no pueda concebiblemente restaurar la circulación y a respiración, pero él o ella deberán ayudar a la familia a comprender y aceptar ésta realidad. La más común y difícil circunstancia ocurren cuando el tratamiento ofrece algún pequeño prospecto de beneficio a costa de un gran sufrimiento (o costo financiero – véase “Asignación de recursos” en la sección Médico y sociedad), pero a pesar de esto el paciente y la familia lo desean. Si el médico y el paciente (o un representante apropiado) no puedan acordar en cómo proceder, no habrá una solución fácil y rápida. En estos casos la consulta con colegas con experiencia o con un comité de ética podría ser de ayuda en establecer que intervenciones tienen un balance razonable de costo y beneficio. La transferencia en el momento apropiado de la atención médica a otro clínico que siga la preferencia del paciente resolverá el problema. Rara vez, el recurso de la corte será quizás necesario. Algunas jurisdicciones tienen estándares y procesos específicos para permitir éstas decisiones unilaterales.

Algunas instituciones permiten a los médicos unilateralmente escribir una orden *DNR* sobre las objeciones del paciente o la familia cuando el paciente quizás sobreviva, cuando mucho, sólo un breve tiempo en el hospital. La empatía y una exploración razonada de las opciones de cuidado con los pacientes o representantes deberían hacer de este tipo de desacuerdos una rareza. Una discusión completa del asunto debe incluir indicaciones para y el desenlace de la reanimación cardiopulmonar, el impacto físico en el paciente, las implicaciones para los clínicos, el impacto (o falta de) una orden de *DNR* en otro tipo de cuidado, los aspectos legales de dichas órdenes, y el rol del médico como consejero del paciente. Un médico que escriba una orden unilateral de *DNR* debe informarla al paciente o al representante al momento de efectuarla.

### **Certificación de la muerte**

El cese irreversible de todas las funciones del cerebro es un estándar legal aceptado para determinar la muerte cuando el uso de mecanismos de sustento de la vida excluye el uso de los criterios cardiorespiratorios tradicionales. Después de que se ha declarado la muerte de un paciente mediante criterios de muerte encefálica, el soporte médico debe, por lo general, suspenderse. En algunas circunstancias, como cuando hay la necesidad de conservar los órganos para el trasplante, o de asesorar o dar cabida a las creencias, preferencias o necesidades familiares, los médicos podrán continuar dando sustento en forma temporal a las funciones corporales después de que se haya determinado la muerte. En el caso de pacientes embarazadas con muerte cerebral, los esfuerzos para perfundir el cuerpo para mantener al feto deberán llevarse a cabo sólo después de una cuidadosa deliberación sobre los intereses de la mujer.

### **El suicidio asistido por médicos y la eutanasia**

El suicidio asistido por el médico ocurre cuando un médico provee los medios necesarios para morir, usualmente una prescripción para una cantidad letal de medicación que el paciente toma por sí mismo. En la eutanasia, el médico directa e intencionalmente administra una sustancia que causa la muerte. Los estados de Oregon y Washington han legalizado la práctica del suicidio médico asistido (78, 79). Muchos otros estados han tenido referendos, propuestas legislativas y casos legales en ambos sentidos (a favor y en contra) de estos asuntos.

Una decisión por un paciente o un representante autorizado de declinar un tratamiento que sostenga la vida o una muerte inadvertida en un intento por aliviar el sufrimiento debe distinguirse del suicidio médico asistido y la eutanasia. Las leyes concernientes u las objeciones morales al suicidio médico asistido y la eutanasia no deben impedir a los médicos de honrar una decisión para retirar o evitar intervenciones médicas. El miedo a



que se impondrán tratamientos del soporte de vida no deseados sigue motivando a algunos pacientes a solicitar suicidio asistido o eutanasia.

En el escenario clínico, todos estos actos deben estructurarse en un contexto más amplio de buenos cuidados al final de la vida. Algunos pacientes que solicitan suicidio asistido quizás estén deprimidos o tengan dolor incontrolable. Al proveer confort al moribundo, la mayoría de los médicos y pacientes deberán de discutir estos temas. Por ejemplo, en cuanto al control de dolor, el médico puede apropiadamente incrementar la medicación para aliviar el dolor, aunque ésta acción inadvertidamente acorte la vida (80, 81). En Oregon, la pérdida de la autonomía o la dignidad, y la incapacidad para disfrutar y llevar a cabo actividades de la vida fueron citadas como preocupaciones validas en la mayoría de los casos (78). Aunque estas preocupaciones son poco accesibles a la ayuda del médico, éstos deben ser sensibles a estos aspectos del sufrimiento.

El Colegio no apoya la legalización del suicidio asistido o la eutanasia (82). Después de mucha consideración, el Colegio concluyó que el hacer legal el suicidio asistido planteaba serias preocupaciones éticas, clínicas y sociales que en la práctica podría minar la confianza del paciente; distraerlo de reformarse en los cuidados finales de la vida; y ser usado en pacientes vulnerables, incluyendo aquellos que son pobres, discapacitados, privados de hablar por sí mismos o miembros de grupos minoritarios que han experimentado discriminación. El mayor énfasis del Colegio y sus miembros, incluyendo a todos los que legalmente participan en la práctica clínica, es asegurarse de que todas las personas puedan contar con buenos cuidados al final de sus vidas, con prevención o alivio del sufrimiento en la medida de lo posible, un compromiso constante a la dignidad humana, al alivio del dolor y otros síntomas, así como buscar el apoyo de familiares y amigos. Los médicos y los pacientes deben continuar juntos en la búsqueda de respuestas a los problemas generados por las dificultades de vivir con una enfermedad grave antes de morir, sin violar los valores personales y profesionales del médico y sin dejar solo o abandonar al paciente en su lucha.

### **Desórdenes de la conciencia**

Hay una variedad de alteraciones de la conciencia con diferentes pronósticos, incluyendo coma, estados vegetativos irreversiblemente permanentes y persistentes (“coma vigil”), y los estados mínimamente conscientes (83). La claridad diagnóstica en estos casos es crítica, por lo que clínicos calificados deben confirmar estos diagnósticos antes de hacer juicios éticos sobre un apropiado cuidado para estos pacientes (84). Metas de cuidados decididas por el paciente en forma anticipada, o en su defecto, por un representante deberán guiar las decisiones sobre el tratamiento en estos casos, así como en otros pacientes sin capacidad de decisión.

### **Trasplante de órganos sólidos**

Idealmente, los médicos discutirán la opción de la donación de órganos con los parientes durante la planeación previa como parte de una visita de rutina al consultorio, antes de que surja la necesidad (85). Todos los donadores potenciales deben comunicar su preferencia sobre la donación a sus familias así como tenerla registrada en documentos como la licencia de conducir o credenciales de donadores de órganos.

La donación de órganos requiere la consideración de ciertos puntos específicos. Un escenario de preocupación es la necesidad de evitar la apariencia de conflicto entre el cuidado médico de un donador potencial y la necesidad de un potencial receptor (86). El cuidado médico del potencial donador debe mantenerse por separado de él del receptor. El médico del donador potencial no debe ser responsable del cuidado del receptor o estar involucrado en la extracción o procuración de órganos o tejidos.

Bajo las regulaciones federales, a todas las familias se les debe presentar la opción de la donación de órganos cuando la muerte del paciente sea inminente. Para evitar conflictos de interés, ni los médicos que realizarán el trasplante ni los que cuidan al potencial receptor deben hacer la petición. Los médicos al cuidado del donador potencial deben asegurar que las familias son tratadas con sensibilidad y compasión. Las preferencias expresadas anticipadamente por el paciente moribundo o con muerte cerebral sobre la donación se respetaran y se llevaran a cabo. Sólo los representantes de la procuración de órganos que hayan completado un entrenamiento por una organización de procuración de órganos podrán iniciar una solicitud o petición (87).

Otra serie de asuntos involucra el uso de incentivos financieros para alentar la donación de órganos. El incrementar el suministro de órganos que es una meta noble, el uso directo de incentivos financieros plantea cuestiones éticas, incluyendo el tratamiento de humanos como mercadería y el riesgo potencial para la

explotación de familias de recursos limitados. Incluso, la sola apariencia de explotación es contraproducente para la meta de incrementar la donación de órganos.

En el caso de donadores con muerte cerebral, una vez autorizada la donación del órgano, el médico del donador deberá saber el cómo mantener la viabilidad de los órganos y tejidos en coordinación con el equipo que los procura. Antes de la declaración de muerte cerebral, los tratamientos propuestos para mantener la función de los órganos trasplantables podrían ser usados únicamente si no se espera que dañen al donador potencial.

Una particular serie de asuntos se plantea por el advenimiento de la “donación después de muerte cardíaca” (antes conocida como donación cadavérica de órganos sin latido del corazón). Esta técnica permite a los pacientes que no cumplen con el criterio de muerte cerebral pero de donde se ha tomado la decisión de discontinuar el soporte de vida para ser considerados potenciales donadores de órganos. El soporte de vida se discontinúa en condiciones controladas. Una vez que se cumplen los criterios de muerte cardiopulmonar, y un considerable periodo de tiempo haya pasado, para confirmar la muerte sin comprometer la posibilidad de un trasplante exitoso (generalmente de 2 a 5 minutos), se procuran los órganos. Esto requiere que el paciente aún vivo sea movido al quirófano (o suite cercana) para procurar los órganos lo más rápido posible después de la muerte.

Al igual que en la donación de individuos con muerte cerebral, el cuidado del potencial donador y la petición a la familia deben ser separados del cuidado del potencial receptor. La decisión de discontinuar el soporte de vida debe de quedar separada de la decisión de donar. La petición puede ser hecha únicamente por un representante autorizado para la procuración de órganos. Éste proceso es una importante salvaguarda para la distinción del acto de declinación de un tratamiento y la procuración de órganos. Debido a que estos donadores potenciales no siempre morirán tras discontinuar el soporte de vida, las intervenciones de cuidados paliativos deben ser asequibles para responder al malestar del paciente. No es ético, antes de la declaración del fallecimiento, el usar tratamientos encaminados a preservar los órganos para la donación que quizás dañe al paciente al causar dolor, heridas traumáticas o acortando la vida del paciente. Mientras el potencial donador éste vivo, la obligación primaria del médico es para el bienestar del paciente donador, y no para el posible receptor.

## **La ética del ejercicio de la medicina**

### **El entorno cambiante del ejercicio de la medicina**

Muchos individuos, grupos e instituciones participan y se ven afectados por las decisiones médicas. En un entorno caracterizado por la demanda creciente en la rendición de cuentas y en los costos de la atención médica, la tensión y el conflictos son inevitables entre los pacientes, médicos, las compañías de seguros, compradores, gobierno, instituciones e industria de la salud. Esta sección del manual se enfoca en las obligaciones de los médicos en este contexto cambiante; sin embargo, es esencial saber que todos estos agentes son responsables de reconocer y apoyar la intimidad e importancia de las relaciones con los pacientes y la obligación ética de los médicos hacia los pacientes. Todas las partes deben actuar con honestidad, abierta e imparcialmente (88). Además, las preocupaciones sobre el impacto del ambiente siempre cambiante de la práctica en los médicos y los pacientes asegurados no debe distraer a los médicos y a la sociedad de atender las necesidades incumplidas de personas que no poseen un seguro médico o el acceso a atención médica. Preguntas sobre la calidad y el acceso requieren del diálogo público en donde todas las partes deben participar. Avances recientes sobre cobertura médica en las reformas de salud incrementan la necesidad de una atención continua a las obligaciones profesionales de los médicos hacia sus pacientes y el sector salud. Las decisiones de asignación de recursos deben ser realizadas siempre a través de un proceso abierto y participativo.

En un sistema de atención médica cada vez más complejo, los médicos deben promover el bienestar de sus pacientes. Lo que implica ayudar abiertamente a que los pacientes entiendan las recomendaciones clínicas y a que hagan elecciones bajo información para poder seleccionar entre las opciones de atención médica. Esto incluye el manejo de los conflictos de interés y múltiples compromisos que surgen en cualquier entorno del ejercicio profesional, especialmente en esta era de preocupación por los costos. Asimismo, incluye la administración responsable de los recursos de atención médica de manera que los recursos que son finitos, puedan satisfacer el mayor número posible de necesidades de atención médica, ya sea en consultorios médicos, hospitales, asilos de ancianos o en la casa del paciente.

La relación médico-paciente y los principios que la rigen deben ser lo central en el suministro de atención. Estos principios incluyen la beneficencia, honestidad, confidencialidad y la privacidad, así como la defensa de los intereses de los pacientes cuando se vean amenazados por procedimientos institucionales arbitrarios, injustos o inadecuadamente individualizados. Sin embargo, la atención médica se da en un contexto más amplio que va más allá de la relación médico-paciente, ya que las preferencias o intereses de un paciente pueden entrar en conflicto con los intereses o valores del médico, la institución, de quien paga o de otros integrantes del plan de atención de seguros que tienen el mismo derecho a los mismos recursos de atención médica o bien con la sociedad.

El principal deber del médico es con el paciente. Los médicos deben basar el consejo que dan a los pacientes en los intereses del paciente en lo individual, sin importar el plan de seguro o de la administradora de atención médica en el que el médico se encuentre. Ya sea que los incentivos financieros en el sistema de pago por servicio induzcan a los médicos a hacer más en lugar de menos o que los arreglos de la atención administrada los animen a hacer menos en lugar de más, los médicos no deben permitir que esas consideraciones afecten su juicio clínico o su consejo sobre las opciones de tratamiento, incluidas las interconsultas requeridas para el paciente (88).

El papel profesional del médico es hacer recomendaciones con base en la mejor evidencia médica y buscar las opciones que sean afines a las necesidades de salud, valores y preferencias individuales y únicas para cada paciente (89).

Los médicos también tienen la responsabilidad de practicar la medicina de una forma efectiva y eficiente haciendo un uso responsable de los recursos para atención médica. La atención parsimoniosa que utiliza los medios más eficientes para diagnosticar un padecimiento y tratar a un paciente, respeta la necesidad de usar los recursos prudentemente y ayuda a asegurar que los mismos estén disponibles equitativamente. La mejor información médica se debe reflejar en las recomendaciones a los pacientes, pero también al hacer las guías clínicas y formularios, así como en las presentaciones ante juntas de revisión de beneficios médicos. Las recomendaciones deben, hasta donde sea posible, considerar la mejor información disponible de la literatura biomédica incluyendo costo-efectividad de los distintos abordajes clínicos. Cuando los pacientes pregunten, se les debe informar de la lógica que subyace en las recomendaciones médicas.

En instancias de desacuerdo entre el médico y el paciente por cualquier razón que sea, el médico está obligado a explicar la base del desacuerdo, a educar al paciente, y lograr cumplir las necesidades de confort y seguridad del paciente. Los proveedores de seguros de salud no están obligados a asegurar preferencias que los pacientes podrían valorar pero que no son justificables clínica o científicamente en sus bases teóricas, o que relativamente son inefectivas y costosas comparadas contra otras terapias para la misma condición, u otras terapias ofrecidas por planes de salud para otras condiciones. Sin embargo, debe haber para el paciente un proceso o procedimiento de apelación justo.

El deber de médico requiere servir como el agente del paciente en la arena del cuidado de la salud, aconsejándolo y guiándolo a través de las rutas necesarias para obtener tratamiento que sea esencial al cuidado del paciente sin importar las barreras que puedan desalentar al médico para hacerlo. Más aún, los médicos deben defender las necesidades de sus pacientes más articulados con el mismo vigor que lo hacen para las necesidades de sus pacientes más vulnerables y desaventajados (88).

Los pacientes podrían no entender o temer los conflictos de interés de los médicos, así como los múltiples compromisos que pueden surgir debido a la contención de costos por las entidades que financian la atención médica. Así pues, los médicos deberán informar a sus pacientes sobre posibles conflictos de interés. Mientras tanto los sistemas de seguros médicos tienen el deber de hacer responsables a los médicos por la calidad, seguridad y eficiencia de la atención médica y no simplemente por el desempeño económico. También tienen el deber de fomentar un entorno ético en el ejercicio de la medicina y no deben pedir a los médicos que participen en acuerdos que puedan poner en riesgo los estándares éticos y profesionales. Los médicos pueden entrar en acuerdos con las aseguradoras y otras organizaciones solo si pueden asegurar que estos acuerdos no violen los estándares éticos y profesionales.

Los planes de atención pagada por desempeño pueden incrementar la calidad de la atención médica, pero deben estar alineados con las metas del profesionalismo médico. El enfoque principal en el movimiento de calidad en los sistemas de salud no debería, sin embargo, ser de "paga por desempeño" o "rendimiento" basados en medidas limitadas. Los incentivos de programas para algunos elementos específicos de una sola enfermedad o condición podría afectar la complejidad del cuidado integral del paciente, especialmente en

aquellos pacientes con múltiples enfermedades crónicas. La no selección o de-selección de pacientes y “el jugar de acuerdo a las reglas con medidas o intervenciones limitadas” en lugar que enfocarse en el paciente en forma integral es peligroso. Los programas de calidad deben poner las necesidades e intereses del paciente primero (90).

Las organizaciones que proveen seguros con cobertura de salud no deben restringir la información o el consejo médico que deba recibir el paciente. Los médicos deben proveer información al paciente acerca de toda la atención necesaria y las opciones de referencia. Los proveedores de cobertura deben revelar toda la información relevante sobre los beneficios, incluyendo cualquier restricción, así como sobre los incentivos financieros que puedan afectar en forma negativa el acceso al paciente para su atención médica (88).

Cuando los pacientes se enrolan en planes de seguros, reciben gran cantidad de información sobre las reglas que gobiernan los beneficios y reembolsos. Una información significativa concertada requiere de explicaciones claras y fáciles de entender. Los pacientes asegurados y sus familiares tienen la responsabilidad de un entendimiento básico de las reglas de su seguro (88). Los médicos no pueden dar consulta a los pacientes en los particulares de los contratos y arreglos de seguros individuales. Los pacientes deben, sin embargo, esperar que los médicos honren las reglas del asegurador siempre y cuando al hacer esto no se ponga en peligro la salud del paciente. Los médicos no deben colaborar con un paciente o realizar esfuerzos para defraudar a un asegurador.

### **Disposiciones financieras**

Las relaciones financieras entre los pacientes y médicos varían desde el pago por servicio hasta los arreglos contractuales gubernamentales y el seguro prepago. Los arreglos y las expectativas financieras deben establecerse claramente de antemano. Los honorarios por los servicios de los médicos deben reflejar verazmente los servicios suministrados. Los médicos deben tener en cuenta que perdonar los “co-pagos” con fines de beneficiar a un paciente sin recursos económicos puede constituir fraude bajo las leyes actuales.

Cuando los médicos deciden ofrecer cortesía profesional a un colega, los médicos y los pacientes deben comportarse sin restricciones de tiempo o recursos y no deben usar atajos. Los colegas-pacientes que hagan preguntas en entornos informales sitúan al médico tratante en una posición desventajosa para proporcionar la mejor atención. Ambas partes deben evitar esta práctica inadecuada.

Como profesionales dedicados a atender a los enfermos, todos los médicos deben contribuir su parte justa a proporcionar servicios a personas sin seguro o con seguros médicos deficientes en cuanto a cobertura.

Como profesionales dedicados a servir a los enfermos, todos los médicos deben proveer servicios a personas no aseguradas o con coberturas deficientes. Los médicos que decidan negar cuidados solamente en la base de la inhabilidad de pagar deberán ser conscientes que al limitar su población de pacientes, corren el riesgo de comprometer sus obligaciones profesionales de cuidado hacia los pobres y la credibilidad del compromiso médico de servir a toda clase de pacientes que estén en necesidad de cuidados médicos (91, 92). Cada médico en forma individual está obligado a compartir en forma justa esta responsabilidad, así como la de asegurarse que todas las personas enfermas reciban un tratamiento apropiado (13); y de esta forma honrar al contrato social con la sociedad en la que vive, que se basa en parte en el apoyo sustancial que da la sociedad para la educación médica (93).

### **Conflictos de interés financieros**

El médico debe intentar garantizar que el nivel de atención médica óptima tenga primacía sobre las consideraciones financieras impuestas por su consulta, sus inversiones o sus arreglos financieros. Cuando hay la apariencia de algo inapropiado, la confianza en la profesión se socava.

Las posibles influencias sobre el juicio clínico cubren una amplia gama e incluyen incentivos financieros inherentes en el entorno de la consulta (como incentivos para la sobreutilización en el marco de pago por servicio o para la subutilización en el marco de la atención administrada) (94, 95), obsequios de la industria farmacéutica o arreglos comerciales concernientes a las referencias médicas. Los médicos deben estar conscientes de todas estas posibles influencias, por lo que sus acciones deberán estar guiadas siempre por los mejores intereses del paciente y una atención médica óptima y no por otros factores.

Los médicos que tengan posibles conflictos de interés financiero tales como investigadores, conferencistas, consultores, inversionistas, socios, empleados u otros, no deben comprometer la objetividad de su juicio clínico, ni los intereses del paciente o de los pacientes que sean sujeto de un protocolo de investigación clínica (96). Los médicos deben revelar sus intereses financieros a los pacientes, incluyendo cualquier referencia a otro local médico u otro consultorio con fines basados en reclutar pacientes para investigación. Al hablar, enseñar, o ser autor, los médicos con lazos a una compañía en particular deberá revelar sus intereses en su escrito o texto. La mayoría de los editores de revistas médicas requieren que los autores y los colegas encargados de la revisión revelen cualquier potencial conflicto de interés. Los editores en sí mismos deben estar libres de conflictos de interés.

Los médicos no deben referir a pacientes a facilidades externas en donde ellos hayan invertido y en donde ellos directamente no proporcionen cuidados (97). Los médicos quizás, sin embargo, inviertan en o en sus propias facilidades de cuidados a la salud cuando capitalizan fondos y servicios necesarios que de otro modo no serían asequibles o proporcionados. En tales casos, en adición de revelar estos intereses a los pacientes, los médicos deben establecer salvaguardas en contra del abuso, prácticas inapropiadas, o sula apariencia.

Una cuota de un médico a otro por la referencia de un paciente, históricamente conocido como “dicotomía”, no es ética. No es ético de un médico el recibir una comisión o un dividendo de alguien, incluyendo a compañías que manufacturen o vendan productos médicos y/o medicamentos.

La venta de productos desde la oficina del médico puede considerarse como una forma de auto-referirse y podría afectar negativamente la confianza para mantener una relación médico paciente. La mayoría de los productos no deberían ser vendidos en la oficina. El Colegio ha tomado una postura que cuestiona al médico considerar seriamente los aspectos morales involucrados en una decisión de este tipo (98). Los médicos no deben vender productos fuera de la oficina sólo si los productos son específicamente relevantes al cuidado del paciente, ofreciendo un claro beneficio basado en una adecuada investigación y evidencias clínicas, y sean una necesidad urgente para el paciente. Si la geografía o limitaciones temporales hacen difícil o impráctico para los pacientes el obtener productos médicamente relevantes y necesitados con urgencia, entonces, vender un producto en la oficina sería éticamente aceptable. Por ejemplo, férulas o muletas serían productos aceptables, pero suplementos vitamínicos y artículos cosméticos no son ni tratamientos urgentes ni tampoco inasequibles en otros lados, por lo tanto la venta de tales productos es éticamente sospechosa. Los médicos deben revelar completamente sobre sus intereses financieros en la venta de productos aceptables e informar a los pacientes sobre alternativas para comprar el producto. Cargos a productos vendidos desde la oficina deberán estar limitados a costos razonables incurridos en hacerlos disponibles. La venta de productos que son muestras gratuitas no es ético.

Los médicos quizás inviertan en valores comerciales públicos. Sin embargo, se deben evitar las decisiones de inversión que puedan crear conflictos de interés o la percepción de ello.

La aceptación por parte del médico de regalos, hospitalidad, viajes o subsidios de todo tipo de la industria de la salud que quizás disminuya, o de la percepción de disminuir la objetividad de sus juicios profesionales no se recomienda. Aún los pequeños regalos pueden afectar el juicio clínico y plantear la percepción y/o la realidad de un conflicto de interés. Los médicos deben evaluar con frecuencia cuando un regalo producto de una relación profesional es éticamente apropiado y evaluar cualquier potencial influencia en el juicio clínico. Al hacer tales evaluaciones, los médicos deberán considerar lo siguiente: 1) ¿Qué es lo que el público o mis pacientes piensan de éste arreglo?; 2) ¿Cuál es el propósito que ofrece la industria?; 3) ¿Qué es lo que mis colegas pensarían de éste arreglo?; 4) ¿Qué es lo que pensaría de mi propio médico si aceptara esa oferta? En todas las instancias, es la responsabilidad individual de cada médico el verificar que cualquier relación potencial con la industria sea para mejorar la atención médica de los pacientes (96, 99).

Los médicos deben evaluar en forma crítica toda la información médica, incluida aquella provista por personas a detalle, anuncios, programas educativos patrocinados por la industria. Los proveedores de educación pública y privada, y de educación médica continua pueden aceptar el apoyo de la industria para programas educacionales, pero también deben desarrollar y reforzar el mantenimiento de estrictas políticas sobre para mantener un firme control sobre la planeación del programa, sus contenidos y la forma de presentarlo. Deben estar pendientes y vigilantes, en contra de sesgos potenciales y conflictos de interés (100).

Si las sociedades médicas profesionales aceptan el apoyo de la industria u otra financiamiento externo, también deben ser conscientes de potenciales desvíos y conflictos de interés debiendo desarrollar y reforzar políticas explícitas que preserven los juicios independientes y el profesionalismo de los miembros manteniendo

estándares éticos y credibilidad dentro de la sociedad” (100). Por lo mínimo, las sociedades médicas se deben adherir al *Council of Medical Specialty Societies Code for Interactions with Companies* (101).

## **Publicidad**

No es ético que médicos o instituciones de atención médica usen la publicidad si en ella se incluyen declaraciones no fundamentadas, falsas o engañosas, incluidas las que confunden al omitir información necesaria.

## **El médico y la sociedad**

La sociedad ha concedido prerrogativas profesionales a los médicos con la expectativa de que usarán su posición para beneficiar a los pacientes. A cambio, los médicos tienen responsabilidad y deben rendir cuentas ante la sociedad por sus acciones profesionales. La sociedad otorga a cada médico los derechos, privilegios y deberes pertinentes a la relación médico-paciente y tiene el derecho de exigir que los médicos sean competentes, que tengan conocimientos y que ejerzan con consideración hacia el paciente como persona.

## **Obligaciones de médico hacia la sociedad**

Los médicos tienen obligaciones ante la sociedad que en muchas formas van en paralelo con sus obligaciones hacia los pacientes. La conducta de los médicos como profesionales y como ciudadanos debe ameritar el respeto de la comunidad.

Todos los médicos deben cooperar en satisfacer la responsabilidad colectiva de la profesión de defender la salud, los derechos humanos y el bienestar del público. Los médicos deben proteger la salud pública reportando lesiones, violencia doméstica, abuso o negligencia y enfermedades según lo exija la ley ante la autoridad responsable.

Deben apoyar las labores de salud pública y las iniciativas que ofrezcan al público en general información veraz sobre la atención médica y comentar sobre temas médicos en sus áreas de pericia a fin de mantener al público informado en forma adecuada. Los médicos deben proveer durante su interacción con los medios de comunicación información veraz considerando esto una obligación ante la sociedad y una extensión de su ejercicio de la medicina, teniendo siempre presente la confidencialidad de los pacientes.

Los médicos deben apoyar a la comunidad para que los que hacen las normas y políticas públicas reconozcan las causas sociales y ambientales de las enfermedades, incluyendo las preocupaciones por los derechos humanos, discriminación, pobreza y violencia. Deben trabajar para garantizar el acceso a la atención médica a todas las personas, actuar para eliminar la discriminación en el cuidado de la salud y ayudar a corregir deficiencias en la disponibilidad, el acceso y la calidad de servicios médicos incluyendo los servicios de salud mental en la comunidad. El negar el cuidado oportuno a cierta clase de pacientes por cualquier razón se considera no ético. Asimismo, las desigualdades en el cuidado médico como resultado de características personales tales como la raza, se han documentado y necesitan ser eliminadas (102). Los médicos deben examinar como su propia actitud, sus conocimientos y sus creencias pudieran incrementar su habilidad para satisfacer estas obligaciones.

La salud y los derechos humanos están correlacionados (103). Cuando los derechos humanos se promueven, la salud también. Violar éstos tiene consecuencias dañinas para el individuo y para la comunidad. Los médicos juegan un papel importante al promover la salud y los derechos humanos, al discutir, señalar y tratar la desigualdad social, que incluye el cuidado de la población vulnerable, como aquella que carece de seguro médico, las víctimas de la violencia o de las violaciones de los derechos humanos. Los Médicos tenemos la oportunidad y el deber de señalar y apoyar las necesidades del paciente, pero también de la sociedad.

Los médicos deben defender y participar en las iniciativas de seguridad de los pacientes incluyendo el error médico, evento centinela y “el casi omitir reportar el error”. El error humano en la atención médica no es raro (104), muchos de ellos son resultado de problemas del sistema médico. Los médicos deben iniciar los procesos de mejora y trabajar con sus instituciones colaborando en un esfuerzo progresivo para reducir los errores y mejorar el cuidado de la salud en todos los aspectos de su práctica.

## **Asignación de recursos**

La atención médica se suministra dentro de sistemas sociales e institucionales que deben tomar en cuenta los recursos como conjunto. Cada vez con más frecuencia, las decisiones sobre asignación de recursos retan al papel primario del médico como defensor de pacientes. Siempre han habido límites para este papel de defensor: por ejemplo, el médico no está obligado a mentir a un tercer pagador con el fin de ayudar a su paciente para asegurar la cobertura o maximizar el pago, ni tampoco a proporcionar todos los tratamientos y diagnósticos sin considerar su eficacia (105). (Ver la sección “El entorno cambiante de la Medicina”). La asignación justa de recursos y los métodos cambiantes de reembolso presentan al médico problemas éticos que no se pueden ignorar. Hay dos principios en que se está de acuerdo:

1.- Cuando el médico desempeña su papel primario como defensor leal del paciente, tiene la responsabilidad de usar todos los recursos relacionados con la salud de forma eficaz y apropiada desde el punto de vista técnico. Debe planear las valoraciones en forma integral cuidadosamente y evitar las pruebas, los medicamentos, la cirugía y las interconsultas innecesarias.

2.- Las decisiones de asignación de recursos se hacen mejor a nivel de políticas y lineamientos en lugar de hacerlo totalmente en el contexto del encuentro individual entre médico y paciente. La política de asignación de recursos se logra mejor cuando todas las partes afectadas discuten que recursos existen, si son limitados y en que grado, los costos adjuntados a los diversos beneficios y como balancear equitativamente todos estos factores.

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

### **Relación de médico con el gobierno**

Los médicos no deben participar en la tortura y otros abusos de los derechos humanos y deben estar en contra de ellos. La participación de médicos en la ejecución de prisioneros, excepto para certificar la muerte, no es ética. No es ético, bajo ninguna circunstancia, que se use a un médico como instrumento del gobierno para debilitar la resistencia física o mental de un ser humano. Un médico tampoco debe participar ni tolerar castigo cruel o inusual o actividades disciplinarias más allá de las que permiten las “*Reglas Mínimas Estándar para el Tratamiento de Prisioneros*” de las Naciones Unidas (106). Los médicos no deben conducir, participar, monitorear, o estar presentes en interrogatorios (definidos como un esfuerzo sistemático de procurarse información útil para los objetivos del interrogador a través de preguntas directas a la persona bajo el control del encuestador; que se distingue y diferencia de las preguntas para evaluar una condición médica o el estatus mental de un individuo) o participar en desarrollar y evaluar estrategias o técnicas de interrogación. Un médico que se percate de prácticas abusivas o coercitivas tendrá el deber de reportar esas prácticas a las autoridades correspondientes y recomendar la atención médica necesaria. Explotar, compartir, o usar información médica de cualquier fuente para los objetivos de un interrogatorio no es ético (107).

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

### **Eficacia trans-cultural, cultura de la humildad, y voluntariado**

Los médicos deben proveer atención médica siendo sensibles desde el punto de vista cultural, la eficacia transcultural “implica que el cuidador es efectivo en interacciones que involucran individuos de diferentes culturas y ni la cultura del cuidador como la del paciente será preferida o considerada como la mejor perspectiva” (109). La humildad cultural “refuerza la atención médica y cuidado del paciente al entretener una actitud de aprendizaje sobre las diferencias culturales en los encuentros con los pacientes” (110). Con la meta de brindar un servicio público y servir a las poblaciones marginadas, los médicos están incrementando su participación en misiones voluntarias. Mientras la competencia cultural evoluciona hacia la eficacia transcultural y la humildad cultural, el voluntariado exitoso requerirá de un claro reconocimiento del rol del individuo como visitante, educador, trabajador de la salud médico o becario. Las necesidades y objetivos deben ser mutuamente comprendidos sin sesgos ni prejuicios. Los intérpretes entrenados médicamente deben ser

utilizados apropiadamente, para optimizar la comunicación y evitar omitir problemas importantes. El médico voluntario debe ser sensible a las costumbres locales, tradiciones, y asuntos de accesibilidad.

La continuidad y la sustentabilidad debe guiar al médico voluntario en el trabajo junto con la comunidad, médicos locales y el sistema de salud para comprender las necesidades de la comunidad y priorizarlos en el contexto cultural y económico para obtener un beneficio duradero, con base en un entendimiento del impacto a corto y largo plazo. Los resultados esperados deben ser los deseados y las intervenciones aceptables para la población.

La discriminación viola los principios del profesionalismo y del Colegio. Los médicos voluntarios deben alentar el profesionalismo, promover la educación, y apoyar las iniciativas de salud pública.

### **Comités y consultores de ética**

Los comités y los interconsultantes en ética contribuyen a alcanzar los objetivos y metas de la atención médica y de la salud pública facilitando la resolución de conflictos en una atmósfera respetuosa mediante un proceso de toma de decisiones justo e incluyente. Ayudan a las instituciones a dar forma a las políticas y prácticas que se conforman con los estándares éticos más altos, ayudando a los individuos a tratar problemas éticos actuales y futuros mediante la educación en la ética de la atención médica (111).

Las organizaciones acreditadas ahora requieren que los centros de atención médica dispongan de servicios para consulta ética que den servicio a las peticiones de pacientes, enfermeras y médicos entre otros (112). Los médicos deben estar conscientes que este recurso está disponible. La asesoría de estos servicios es guiada por la *Sociedad Americana de Bioética y Humanidades (The American Society of Bioethics and Humanities)* (113). Los Comités de ética deben ser multidisciplinarios y ampliamente representativos para asegurar las perspectivas necesarias para tratar los complejos problemas con los cuales son confrontados.

### **La medicina y la ley**

Los médicos deben recordar que la presencia de enfermedades no disminuye el derecho o la expectativa de ser tratados equitativamente. Dicho de otra forma, la enfermedad por sí misma no cambia los derechos legales del paciente ni permite que un médico los ignore.

La ley es el mecanismo que la sociedad utiliza para establecer límites de conducta. La sociedad por derecho espera que no se ignoren esos límites. En casos de conflicto, el médico debe decidir si debe violar la ley por el bien de lo que considera son los mandatos de la ética médica. Dicha violación puede poner en peligro la posición legal del médico o los derechos legales del paciente. Deberá recordarse que los conceptos éticos no siempre se reflejan totalmente en la ley ni son adoptados por la misma. Infringir la ley a fin de cumplir con los estándares éticos personales podría tener consecuencias significativas para el médico y debe hacerse únicamente después de haberlo pensado a fondo, generalmente después de haber obtenido asesoría legal.

### **Peritos**

Los médicos tienen conocimientos especializados y pericia que podrían hacerse necesarios en procesos judiciales o administrativos. A menudo el testimonio de peritos es necesario para que una entidad administrativa o el tribunal entienda el estado clínico, el tratamiento y el pronóstico del paciente. Los médicos podrían sentirse reacios a participar en actuaciones jurídicas debido a que desconocen el proceso y éste toma mucho tiempo. Sin embargo, su ausencia podría significar que las decisiones jurídicas se hagan sin el beneficio de todos los hechos y opiniones médicas. Sin la participación de los médicos, los mecanismos que se utilizan para solucionar un gran número de disputas pueden resultar ineficaces y los pacientes pudiesen sufrir.

Aunque no se puede obligar a los médicos a que participen como peritos, la profesión en conjunto tiene el deber ético de ayudar a pacientes y a la sociedad a solucionar disputas (114). En este papel, los médicos deben ofrecer una interpretación y representación honesta y objetiva de los hechos médicos. Los médicos sólo deben aceptar remuneración no condicional por su tiempo así como los gastos incurridos como peritos.

### **Huelgas y otras acciones conjuntas por sociedades o gremios médicos**

Los cambios en el ambiente de la práctica médica a veces afectan desfavorablemente la habilidad de los médicos para ofrecer a los pacientes una atención de calidad, ya sea interfiriendo con la autonomía del médico para ejercer un juicio clínico independiente o con su capacidad para mantener viable su práctica. Sin embargo,



los esfuerzos del médico para abogar por cambios en el sistema de atención médica no deben incluir participación en acciones gremiales que afecten desfavorablemente el acceso a la atención médica o que resulten en una conducta que afecte en forma directa a los pacientes (115). Los médicos no deben comprometerse en huelgas "paros" en el trabajo, retrasos, boicots y otras acciones organizadas que estén diseñadas implícitas o explícitamente para limitar o negar el servicio a pacientes que por otra parte estarían disponibles. En general, los médicos deberían encontrar en lo individual y en lo colectivo alternativas para abogar, tales como hacer cabildeo a los legisladores y trabajar para educar al público, a grupos de pacientes y a los que hacen las políticas y lineamientos relacionados con sus peticiones. Las protestas y las marchas que constituyen una libertad de expresión y de actividad política pueden ser un modo legítimo para buscar apoyo, mientras que no impliquen decisiones gremiales para participar en acciones perjudiciales para el paciente.

### **La relación del médico con otros clínicos**

Los médicos comparten el compromiso de atender a las personas enfermas con un equipo cada vez más amplio de profesionales de la salud. La capacidad del equipo para atender eficazmente al paciente depende de la capacidad de los individuos para tratarse entre sí con integridad, honestidad y respeto en sus interacciones profesionales diarias independientemente de su religión, grupo étnico, nacionalidad, género, orientación sexual, edad o discapacidad. Se justifica prestar particular atención a lo que concierne a ciertos tipos de relaciones y desequilibrios de poder en las que una persona podría abusar de otra persona o aprovecharse de ella, o bien, que conlleve al acoso, como las que existen entre médico tratante y residente, residente y estudiante de medicina o médico y enfermera (116).

### **Médicos tratantes y médico residente o en entrenamiento**

El título de doctor en sí, del latín *docere*, "enseñar", implica que los médicos tienen la responsabilidad de compartir el conocimiento y la información con sus colegas y pacientes. Esto incluye enseñar las habilidades clínicas y reportar los resultados de la investigación científica a los colegas, estudiantes de medicina, médicos residentes y otros proveedores de atención médica.

El médico tiene la responsabilidad de enseñar la ciencia, el arte y la ética de la medicina a estudiantes de medicina, médicos residentes y otros, así como de supervisar a médicos en entrenamiento. Los médicos tratantes deben tratar a los médicos en entrenamiento con el mismo respeto, empatía y compasión. En el entorno docente, se puede delegar en forma gradual a los residentes autoridad para la atención de pacientes bajo una supervisión adecuada. Todos los médicos en entrenamiento deben informar a los pacientes que atienden su grado de capacitación o académico y en papel que desempeña en el equipo médico. Los médicos tratantes, jefes de servicio e inter-consultantes deben animar a los residentes a que reconozcan sus limitaciones y a que pidan ayuda o supervisión cuando surjan preocupaciones sobre la atención de pacientes o dudas sobre la capacidad de otros de desempeñar sus funciones. El entorno docente debe alentar a los médicos en entrenamiento a informar sobre las dudas sobre la ética que se pudiesen presentar (117). Los programas de entrenamiento médico o residencias deben seguir los ordenamientos de los cuerpos colegiados regulatorios para evitar la fatiga de los residentes, optimizar las entregas de guardia, asegurar la seguridad del paciente y mejorar la calidad de la atención médica. Mientras que estas regulaciones y normatividad son recientes, las obligaciones de servir al paciente siguen siendo la misma que en el pasado.

No es ético delegar la autoridad de atención de pacientes a nadie, incluido otro médico, que no esté adecuadamente calificado y experimentado. En un servicio académico, el médico tratante oficial del paciente que aparece en el expediente, sigue teniendo la responsabilidad final por el bienestar del paciente y la calidad de la atención. Cuando un paciente declina la opción de tener becarios involucrados en su atención médica, se deben hacer esfuerzos para discutir esto con el paciente, explicando la función y la supervisión de becarios, así como la exploración de opciones alternativas cuando esto sea posible. Los permisos de un representante autorizado del paciente se requiere para realizar procedimientos en pacientes recientemente fallecidos, deberán obtenerse a la luz de las preferencias conocidas del paciente concernientes al manejo de su cuerpo, el conocimiento de los resultado de tales procedimientos y sus leyes aplicables.

### **Inter-consultas y atención médica compartida**

En casi todas las circunstancias, a los pacientes se les debe animar para que inicialmente traten de obtener la atención de su médico. A su vez, los médicos deben obtener interconsultas siempre que ellos y sus pacientes sientan la necesidad de obtener asistencia para brindar una adecuada atención médica (118). El propósito, la naturaleza y las expectativas de la interconsulta deberán ser claros y precisos para todos.

El interconsultante debe respetar la relación entre el paciente y el médico tratante, debe comunicar sus hallazgos y recomendaciones en forma oportuna y eficaz a los médicos que participan en el caso y debe obtener la aprobación del médico tratante para efectuar procedimientos importantes o interconsultas adicionales. El inter-consultante debe informar también al paciente sobre los resultados de su evaluación y sus recomendaciones. La atención del paciente y el expediente médico deberá regresarse al médico tratante cuando la interconsulta finalice, a menos que se acuerde de otra forma.

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

Las situaciones clínicas complejas pueden necesitar interconsultas múltiples. Para garantizar un esfuerzo coordinado que sea lo más conveniente para el paciente, el médico tratante deberá permanecer a cargo de la atención integral, comunicándose con el paciente y coordinando la atención con base en la información obtenida de las interconsultas. El médico tratante continuará siendo responsable por la atención del paciente a menos que la responsabilidad se haya transferido formalmente a otro médico.

Cuando un paciente hospitalizado no recibe cuidados de su médico principal, la buena comunicación entre el médico tratante en ese momento y el médico principal es fundamental. El médico principal debe proveer al Médico del hospital o tratante en ese internamiento con la información clínica y el historial del paciente para permitir tomar decisiones y cuidados en forma apropiada. El Médico a cargo del paciente en ese internamiento debe mantener al médico principal informado del curso clínico del paciente y aportar una descripción de la atención médica. Los cambios en medicamentos y planes de cuidados y seguimiento deberán ser comunicados a la brevedad al médico principal antes del egreso del paciente.

La atención del paciente "centrada en el hogar médico" es un modelo que promueve la atención integral centrada en el paciente a través de todo el sistema de salud (119) y tiene la responsabilidad de asegurar la coordinación de todos los clínicos involucrados. Para alcanzar éstas metas se requiere de la colaboración y el respeto mutuo de los sub-especialistas, especialistas y de otros clínicos, así como la de las instituciones de atención médica y cuidado a la salud (120) que sirven al paciente.

### **El médico con facultades menoscabadas o deterioradas**

Los médicos que por cualquier razón tengan menoscabadas sus facultades deben abstenerse de asumir bajo su cargo la responsabilidad de atender pacientes con seguridad y eficacia. Siempre que haya duda, deberán obtener asistencia para atender a sus pacientes.

El menoscabo podría ser consecuencia de uso de fármacos psicotrópicos (alcohol u otras sustancias, incluidos medicamentos de prescripción) o de una enfermedad. También puede ser secundario a enfermedades o a fatiga que afecten las habilidades cognitivas o motoras necesarias para proporcionar una atención médica adecuada. La presencia de estos trastornos o el hecho de que un médico esté recibiendo el tratamiento correspondiente no necesariamente implica que este incapacitado.

Cada médico es responsable de proteger a los pacientes de un médico con facultades menoscabadas y también de ayudar a un colega en esas condiciones. El temor de equivocarse, la vergüenza o la posibilidad de litigio no deben ser causal para disuadir ni aplazar la adecuada identificación de un colega con facultades menoscabadas (121). El médico que haga la identificación puede encontrar útil y prudente hablar sobre el asunto con el jefe del departamento o un integrante de alto rango del staff, o de la comunidad.

Aunque la responsabilidad legal de hacerlo varía de un estado o entidad federativa a otro. Es claro que se tiene la responsabilidad ética de reportarlo ante la autoridad apropiada (como el jefe de servicio, jefe de personal, comité institucional de asistencia médica de la sociedad médica, junta médica estatal o entidad reglamentaria). Los médicos y las instituciones médicas deben ayudar a los colegas que tengan las facultades menoscabadas a identificar las fuentes adecuadas de ayuda.

Mientras se somete a la terapia, el médico en esta condición tiene derecho a la confidencialidad total, al igual que lo tuviera cualquier otra relación médico-paciente. Para proteger a los pacientes del médico con facultades menoscabadas, un médico que no sea el médico tratante del médico en cuestión debe monitorizar su aptitud

para trabajar. Se podrían presentar conflictos graves si el médico tratante trata de desempeñar ambos papeles (122).

### **Revisión por colegas**

El profesionalismo supone membrecía a una comunidad moral que se corrige a sí misma. La revisión profesional por colegas es esencial para la evaluación justa del desempeño del médico para el beneficio de los pacientes. La confianza que los pacientes y el público confieren en los médicos requiere que se den a conocer estos casos a las autoridades correspondientes y también a los pacientes que corran riesgo.

Todos los médicos tienen el deber de participar en la revisión por colegas. Los temores de sufrir represalias, ostracismo por colegas, pérdida de referencias de pacientes u otros inconvenientes no son razones adecuadas para rehusar a participar en la revisión por colegas. La sociedad espera que los médicos establezcan estándares profesionales del ejercicio profesional y ésta obligación sólo se puede cumplir cuando todos los médicos participan en el proceso. Las leyes federales y la mayoría de los estados ofrecen protección legal a los médicos que participan de buena fe en la revisión por colegas.

No es ético que un médico menosprecie la competencia profesional, el conocimiento, las calificaciones o los servicios de otro médico ante un paciente o un tercero, o que declare o insinúe que un paciente ha recibido un tratamiento deficiente o malos tratos por parte de un colega sin tener evidencia sustancial de ello. Esto no significa que un médico no esté de acuerdo con un plan de tratamiento u otra recomendación efectuada por otro médico. De igual importancia, el médico está desde el punto de vista ético obligado con su paciente, la sociedad y la profesión a reportar a las autoridades correspondientes cualquier sospecha bien documentada sobre fraude, mala conducta profesional, incompetencia o abandono de pacientes por parte de otro médico.

Por el contrario, de no haber evidencia sustancial de mala conducta profesional, negligencia o incompetencia, no es ético usar el proceso de revisión por colegas para excluir a otro médico del ejercicio de la medicina, restringir privilegios clínicos o para afectar la práctica profesional de ese médico.

### **Conflictos entre los integrantes de un equipo de atención médica**

Todos los profesionales del campo de la salud comparten el compromiso de trabajar juntos para atender los intereses del paciente. La mejor atención del paciente es aquella que se suministra en equipo y que se rige por el respeto mutuo, la colaboración y la comunicación. Cada integrante del equipo de atención del paciente tiene la misma condición moral. Cuando un profesional del campo de la salud tiene objeciones éticas importantes ante una orden del médico tratante, ambos deberán hablar a fondo sobre el asunto. Los hospitales y clínicas deben contar con mecanismos para solucionar las diferencias de opinión entre los integrantes del equipo de atención del paciente. Los comités y consultores de ética son recursos apropiados.

### **Investigación**

El progreso médico y el mejoramiento en la atención del paciente dependen de la investigación vigorosa e innovadora, de la comunicación honesta de los resultados del estudio, y de la evaluación continua de los resultados del paciente durante el seguimiento de la implementación de los hallazgos de la investigación. La investigación se define bajo la "Regla Común" federal como "una investigación sistemática que incluye el desarrollo de la investigación, pruebas y evaluaciones diseñadas para desarrollar o contribuir al conocimiento generalizable" (123). La honestidad y la integridad deben gobernar todas las fases de la investigación, desde el laboratorio a las pruebas clínicas aleatorias, y desde el diseño inicial y la aplicación de los apoyos económicos a la publicación de resultados y su traslado a la práctica. Los comités institucionales de investigación (IRBs) deben revisar y aprobar las investigaciones que involucren a humanos para asegurar la aplicación de los estándares éticos; pero el uso de IRBs no obvia las responsabilidades del investigador para adherirse a esos estándares y mantener la integridad ética de la investigación. Los investigadores y sus instituciones, autores y editores son en forma individual y colectiva responsables de asegurar que las obligaciones de honestidad e integridad se cumplan. El fraude en la investigación se debe condenar y castigar. Los revisores de los trabajos que concursan para fondos de investigación y de artículos enviados a revistas deben respetar la confidencialidad de las nuevas ideas e información y no usar lo que aprenden del proceso de la revisión para sus propios objetivos, así como no deben mal representar las ideas de otros como propias.

Los científicos tienen la responsabilidad de recolectar los datos de la investigación en forma meticulosa, de mantener expedientes impecables y con niveles apropiados de protección a la privacidad, de interpretar los

resultados en forma objetiva sin forzarlos en moldes o modelos preconcebidos, así como de someter sus trabajos a revisión por colegas y reportar el conocimiento nuevo. Todos los ensayos clínicos se deben registrar y el reporte de su metodología y resultados deben ser claros, completos y transparentes (124).

Contribuir al conocimiento generalizable que pueda mejorar la salud del humano debe ser la principal motivación de la investigación científica y no el reconocimiento personal, el aclamo público, o las ganancias financieras. Los médicos deberán estar pendientes de los conflictos de interés cuando participen al referenciar pacientes para los estudios de investigación (125).

### **La protección en la Investigación en humanos**

La profesión médica y los investigadores deben asumir la responsabilidad de garantizar que la investigación sea válida, tenga un valor potencial considerable y que se efectúe éticamente. La investigación debe planearse cuidadosamente de manera que tenga una alta probabilidad de arrojar resultados útiles; minimizar los riesgos que correrán los pacientes y asegurar al máximo la seguridad; la relación entre beneficio y riesgo debe ser lo suficientemente alta como para justificar el esfuerzo de la investigación (126). Los beneficios y riesgos de la investigación deben distribuirse imparcialmente y se debe tener especial precaución para evitar la explotación de poblaciones vulnerables y de aquellos pacientes que vivan en países con acceso limitado a los servicios de salud (127). Los proyectos de investigación originados pero conducidos fuera de los Estados Unidos deben ser consistentes con los principios éticos y prácticas que gobiernan la investigación en sujetos humanos y deben adherirse a los estándares regulatorios en los Estados Unidos así como de otros sitios a nivel internacional.

El rol simultáneo de médico y de investigador de un paciente puede resultar conflictivo para discernir entre lo que es mejor para el protocolo de investigación y el mejor interés del paciente. Los médicos investigadores deberán revelar este conflicto a los posibles pacientes que participen en la investigación y mantener la salud y el bienestar del paciente como la consideración primaria del médico (128). Los pacientes que participen en la investigación deben recibir información sobre la índole de la misma; que es acrecentar el conocimiento médico, y que puede o no resultar en un beneficio clínico. Deberá quedar claro al paciente que su participación en la investigación es voluntaria y no un requisito para continuar con su atención médica. El derecho a retirar un consentimiento y discontinuar la participación en cualquier momento debe ser comunicado. Cualquier limitación en el retiro de datos o material biológico deberá explicarse durante el protocolo de consentimiento para ingresar a la investigación.

El paciente participante en la investigación o su representante autorizado debe ser completamente informado sobre la índole de la investigación y los riesgos de la misma para que él o ella otorgue su consentimiento bien informado y libremente. Los médicos tienen la obligación ética de asegurar que la información ofrecida para el consentimiento del paciente para su inclusión al protocolo de investigación sea apropiada y entendida por el paciente. Los impedimentos cognitivos temporales, progresivos o permanentes, o una capacidad cuestionable para dar consentimiento para participación en una investigación no descartan la posible participación en la investigación, pero necesitará de medidas especiales (129, 130). Después de garantizar los estándares éticos y legales de toda la investigación a realizar, las instituciones y los investigadores médicos deben tratar de obtener la aprobación del individuo afectado cognitivamente en adición de la obtención de una autorización de un representante legal. En algunos casos, el paciente puede dar el consentimiento de participación y designar a un apoderado en las fases iniciales de la enfermedad (129). Si no hay una directriz anticipada o un apoderado, el citado representante legal que hará las decisiones deberá primero comprender si el paciente habría aceptado el participar. Una vez determinado que el paciente no objetaría, el médico-investigador necesitará instruir al representante sobre los estándares en que se basan las decisiones, que siempre estarán en los mejores intereses del paciente. La investigación en pacientes con alteraciones de la cognición requiere de llevar a cabo el criterio del pasar el umbral de que existe una gran probabilidad de resultados válidos, una relación de riesgos-beneficios que sea la suficiente alta para justificar los esfuerzos de la investigación, y una justa distribución de los beneficios y riesgos (129). Los clínicos que piensan en participar o en referenciar pacientes a estudios de investigación clínica deberán estar bien versados sobre las conductas responsables en la investigación y en la protección de sujetos humanos.

Las investigaciones que requieran de circunstancias especiales, como individuos que requieran cuidados críticos o cuidados de emergencia, requieren de medidas especiales para la protección de sujetos humanos. Mientras la investigación en estos conceptos puede contribuir a mejorar la atención médica, los investigadores deben estar conscientes de que el sujeto puede no tener la capacidad para proveer un consentimiento informado y que los beneficios de esta investigación no vayan a fluir directamente al potencial paciente. Se deberán tomar precauciones especiales para garantizar la protección de estos pacientes (131). Sin embargo, a

qué grado las precauciones, tales como la consulta a la comunidad, hayan sido protectoras de los intereses del paciente y los derechos de la comunidad no es muy claro.

El uso de revisores independientes es un principio ético fundamental de la investigación. Toda investigación clínica que se proponga, independientemente de la fuente de apoyo, debe someterse a una revisión del comité local de investigación institucional para su autorización a fin de garantizar que los planes de investigación sean válidos, razonables, que los participantes en la investigación estén adecuadamente protegidos, que la relación riesgo-beneficio sea aceptable, que la propuesta de investigación sea lo suficientemente importante y proteja a los pacientes; y que el proceso para la obtención del consentimiento bajo información y la confidencialidad sean apropiados y adecuados. Los médicos-investigadores y los médicos que refieran pacientes para estudios clínicos tienen la obligación profesional de estar convencidos de que esos estudios cumplen con los estándares éticos.

Aunque este sistema formal de revisión está diseñado para proteger a los participantes en la investigación, la premisa sobre la cual se basa toda la investigación ética es la confianza y el respeto mutuos entre los participantes en el estudio y los investigadores. Esta premisa exige que los médicos-investigadores que participen en el diseño o la implementación de la investigación o que refieran pacientes, se interesen principalmente en los posibles participantes en estas investigaciones (132). Si los riesgos de la investigación aumentan demasiado o si el continuar participando no se puede justificar, el médico-investigador debe estar dispuesto a aconsejar a los pacientes que se retiren. Los médicos no deben abdicar de la responsabilidad global sobre sus pacientes a quienes hayan remitido a un proyecto de investigación, por lo que deben asegurarse de que los datos y asuntos de seguridad se monitoreen rutinariamente.

Aunque la responsabilidad para garantizar la protección humana de los pacientes en la investigación reside con los investigadores y los IRBs, la profesión médica como un todo también tiene responsabilidades. La investigación clínica se acompaña de riesgos y de potenciales conflictos. Las recompensas no deben vincularse a los resultados de la investigación y los médicos participantes en la conducción de estudios clínicos deberán evitar dicha situación. Más allá, los médicos que enrolan a sus propios pacientes en una investigación en su consultorio, deben tener la obligación ética de revelar si tienen patrocinadores financieros u otros vínculos con ellos (96). Dar o aceptar remuneraciones al investigador para referir pacientes a una investigación genera un conflicto no ético de intereses para el médico (96). La compensación para el tiempo requerido, esfuerzo y los gastos efectuados en la investigación o en el reclutamiento de pacientes se considera aceptable; cualquier compensación extra representa una ganancia y constituye o puede ser percibido como un conflicto no ético de intereses.

Mientras la “Regla Común” (*Common Rule*) (123) y otras leyes estatales tienen provisiones en cuanto a la privacidad y confidencialidad requeridos para hacer investigación. La *HIPAA Privacy Rule* (18) requiere la autorización del sujeto para hacer uso o revelar su información privada sobre la salud con fines de investigación. Un Consejo privado puede obviar el requerimiento de autorización requerido o en su caso la información puede ser usada en una “serie limitada de datos” con un acuerdo para uso de datos o puede ser “revelada” bajo *HIPAA* (133), aunque los requerimientos para “revelación” *HIPAA* son más estrictos que aquellos bajo los auspicios de la “Regla Común”. Los médicos que se embarquen en estudios de investigación o que pongan disponibles los expedientes de sus pacientes para propósitos de investigación deberán familiarizarse con los requerimientos *HIPAA* y en los procedimientos del estudio para proteger los datos en cuanto a confidencialidad y seguridad.

### **Uso de materiales biológicos humanos en la investigación**

La investigación con materiales biológicos humanos tiene implicaciones para la privacidad de los sujetos de la investigación así como con aquellos individuos que tienen una relación genética con los sujetos investigados. El potencial para la discriminación u otro daño serio a través de la revelación inapropiada o no autorizada de datos genéticos deberá comunicarse durante el proceso de consentimiento bajo información y se deberán tomar las medidas necesarias para minimizar éste riesgo. Los sujetos de la investigación deberán estar informados de los planes a realizar que incluyan mezclar o compartir material biológico. Además, los sujetos de la investigación deberán estar informados de que quizás no sea posible el retirar el anonimato de los datos biológicos de la investigación.

Un consentimiento bajo información transparente requiere de la revelación de todos los usos potenciales de los datos del paciente. Durante el proceso inicial del consentimiento, los deseos y preferencias de los sujetos de la investigación en cuanto al compartir resultados de la información con los familiares biológicos y una consulta

subsecuente para la notificación de resultados o un consentimiento para investigación adicional debe ser pedido. La investigación deberá limitarse al uso especificado por el protocolo de investigación durante el otorgamiento del consentimiento bajo información. La comunicación de los beneficios y riesgos de la investigación con material biológico permite a los sujetos de la investigación el hacer una decisión informada.

### **Controles placebo**

Puede que al médico se le pida que ingrese a sus pacientes a protocolos de investigación como “ensayos clínicos controlado con placebo”. La *Asociación Médica Mundial (World Medical Association)* requiere que los “beneficios, riesgo y efectividad de un nuevo método o intervención sea comparado en el estudio contra los mejores métodos e intervenciones actuales” (134). Cuando no exista una intervención o tratamiento útil ya comprobado, entonces un ensayo terapéutico con placebo será aceptable. Los placebos pueden ser utilizados con bases científicas y metodológicas sólidas cuando se requieran para establecer la seguridad y utilidad de una intervención siempre y cuando los pacientes que no reciben tratamiento o reciben placebos no corran riesgos extras para daños serios o irreversibles (134). Estas consideraciones éticas también se extienden para el uso de placebos en estudios comparativos de efectividad, que pueden ser aceptables de acuerdo a los estándares regulatorios (135).

El punto de vista -de que el grupo control deba de recibir la terapéutica estándar, ya probada- representa un cambio del “estándar de oro” del ensayo clínico doble ciego controlado con placebo. Otro punto importante es que los médicos desde el punto de vista ético pueden considerar participar o referir pacientes a un ensayo clínico controlado con placebo cuando el protocolo de investigación haya sido revisado y aprobado por un comité de investigación institucional independiente (136); los participantes en forma voluntaria acepten no saber si están recibiendo tratamiento efectivo, los riesgos y consecuencias del grupo placebo por retrasar el tratamiento efectivo sean mínimos; cuando la terapéutica estándar no ofrezca beneficios significativos en cuanto a sobrevivencia o calidad de vida; o cuando la terapéutica estándar tenga efectos tóxicos colaterales que los pacientes la rechacen (137).

Antes de referir pacientes a un estudio controlado con placebo, el médico deberá cerciorarse, que además de cumplir con los estándares éticos, el estudio diseñado proveerá en caso necesario un desenmascaramiento del tratamiento asignado al médico tratante.

### **Terapias médicas innovadoras**

El uso de terapias médicas innovadoras se encuentra en un continuo entre el ejercicio establecido de la profesión y la investigación médica. Las terapias innovadoras incluyen el uso de dosis no convencionales de medicamentos estándar, una combinación nueva de prácticas actuales, aplicación de procedimientos conocidos en nuevas situaciones clínicas y el uso de fármacos aprobados para uso en nuevas indicaciones. El propósito primario de las terapias médicas innovadoras es beneficiar al paciente en forma individual. Mientras que las innovaciones médicas pueden resultar en beneficios terapéuticos, también generan problemas serios de seguridad para el paciente. Consecuentemente, la innovación médica debe siempre aplicarse con cautela. La terapia médica debe ser tratada como investigación siempre y cuando los datos sean tomados para desarrollar nuevas informaciones médicas para publicación. Si el uso de la nueva terapia, procedimiento, o intervención, se vuelve de rutina, deberá ser investigada en un ensayo clínico. Los eventos adversos deben ser cuidadosamente monitoreados y reportados a la U.S. Food and Drug Administration y a otras agencias de supervisión aplicables. Cuando se considera una terapia innovadora que no tiene precedentes, el médico deberá consultar con sus colegas, el IRB, u otro grupo experto para valorar los riesgos, los potenciales resultados adversos, las potenciales consecuencias de llevar a cabo una terapia estándar, y si realmente la innovación está acorde a los mejores intereses del paciente (138). El consentimiento bajo información es particularmente importante y requiere que el paciente comprenda que la terapia recomendada no es un tratamiento estándar.

### **Publicación científica**

Los autores de reportes de investigación deben estar lo suficientemente familiarizados con el trabajo que se está reportando como para poder tomar responsabilidad pública por la integridad del estudio y la validez de los hallazgos, asimismo deben haber contribuido considerablemente a la investigación en sí y haber participado en la decisión de publicarlo. Las fuentes de financiamiento para el proyecto de investigación deben darse a conocer a los posibles colaboradores y editores, e informar a los editores si existen o no conflictos de interés

(ver la sección sobre conflicto de intereses financieros). Los médicos no deberán participar en la investigación si la publicación de resultados negativos será descartada.

Los médicos-investigadores construyen sobre el trabajo publicado de otros investigadores y pueden proceder con confianza únicamente si es posible asumir que los hechos reportados anteriormente sobre los cuales su trabajo estará basado se han reportado verazmente. La inscripción de los ensayos clínicos en el “Registro público de ensayos clínicos” antes del reclutamiento de pacientes, ayudará a mostrar al público y a la comunidad científica el compromiso con la transparencia en investigación clínica. Todos los científicos tienen la responsabilidad profesional de ser honestos en sus publicaciones. La información parcial, sesgada y/o tendenciosa en los reportes de resultados y el reporte selectivo del estudio ponen en riesgo la integridad del investigación y puede interferir con la posibilidad de derivar resultados del tratamiento basados en evidencias (140). Los investigadores deben describir los métodos exactos y con suficiente detalle para asegurar a sus lectores de que la investigación fue llevada a cabo en acuerdo a principios éticos. Tienen la obligación de reportar completamente las observaciones realizadas, citar y dar crédito en forma clara y exacta a la información tomada de fuentes pertenecientes al trabajo de otros, y asignar autoría solo a quienes lo merezcan y acepten. Igualmente importante es conocer y revelar las asociaciones financieras de los autores y otros potenciales conflictos de los contribuyentes al manuscrito (141).

En general, el reclutamiento solo de sujetos para el estudio no amerita la autoría. La autoría significa una contribución sustancial a la investigación en la conformidad con las guías autorales actuales (142). El escribir de forma fantasma y quitar crédito o pagos a una autoría de otro no es ético (96).

El plagiar no es ético. El incorporar las ideas de otros como si fueran las nuestras o incorporarlas a las ideas publicadas de uno, tanto literales como parafraseadas, sin una apropiada atribución no es ético y podría tener consecuencias legales.

### **Investigación patrocinada**

Todos los científicos están unidos por las obligaciones de la honestidad y la integridad en sus investigaciones. Sin embargo, en la arena de la industria del cuidado a la salud, la investigación patrocinada cursa con mayor riesgo para los conflictos de intereses. Los científicos tienen la responsabilidad de proteger a los sujetos humanos, implementar los estándares de investigación aplicables, proteger la privacidad y la confidencialidad, registrar los ensayos clínicos, interpretar los resultados objetivamente, suscribir sus trabajos a la revisión por colegas, y revelar todos los conflictos de interés. Con la investigación patrocinada por la industria, los científicos tienen obligaciones extra que incluyen asegurar que los datos completos sean asequibles y analizados en forma independiente del patrocinador (143).

### **Anuncio público de los hallazgos de la investigación**

En esta era de comunicaciones rápidas e intenso interés en las noticias médicas por parte de los medios masivos y el público, es común que los investigadores clínicos o sus instituciones convoquen a ruedas de prensa y hagan anuncios públicos de los nuevos desarrollos en la investigación. Aunque es deseable que los medios masivos obtengan información precisa sobre los desarrollos científicos, los investigadores deberán efectuar declaraciones públicas cuidadosamente y usar lenguaje que no invite a la mala interpretación o a la extrapolación injustificada.

En general, los comunicados de prensa y las ruedas de prensa debieran emitirse y celebrarse únicamente después de que la investigación se hubiera publicado en una revista de alto nivel que tenga como política editorial la revisión de los manuscritos por colegas; o después de presentarse en un resumen adecuado y completo de manera que los detalles del estudio estén disponibles a la comunidad científica. Las declaraciones de los científicos adquieren gran visibilidad. Un anuncio de resultados preliminares, incluso cuando se exprese en los términos más prudentes, frecuentemente se reporta por los medios masivos como si fuese un "adelanto importantísimo". Se debe tener cuidado en evitar elevar falsamente las expectativas del público y/o dar información confusa, pues ambas situaciones reducen la credibilidad de la comunidad científica en conjunto.

### **Conclusión**

La atención médica con frecuencia impone dilemas éticos para los pacientes, clínicos y las instituciones. Esperamos que este *Manual* ayude a los médicos -independientemente de si son clínicos, educadores o investigadores- a encarar algunos de los difíciles dilemas éticos que confrontan a diario. El *Manual* se redactó

para médicos por una organización de médicos en un intento de encontrar un buen camino por este terreno difícil. Nuestro propósito fundamental es mejorar la calidad de la atención médica que se proporciona a los pacientes. Esperamos que el manual ayudará al lector juicioso a ser un médico virtuoso en quien los pacientes y el público puedan justificadamente depositar su confianza.

### **Apéndice: Un método de casos para asistir en la toma de decisiones de ética clínica**

Un enfoque para analizar la toma de decisiones empleando un caso breve:

1.- *Defina el problema ético en términos de una pregunta del tipo "debe" o "debería".*

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

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

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

2a.- *Elabore una lista de hechos e incertidumbres significativas que son pertinentes a la pregunta.* Incluya los hechos sobre el paciente y las personas que han cuidado de él (como intimidad, condición emocional, antecedentes étnicos y culturales, tradiciones de fe y situación legal).

*Ejemplo:* "Este hombre y su compañero han vivido juntos por 10 años y compraron una casa juntos. El compañero ha sido el que ha cuidado del paciente durante su enfermedad. Los padres del paciente no aceptaron su estilo de vida y orientación y han estado distantes de él".

2b.- *Incluya los hechos fisiológicos.*

*Ejemplo:* "El paciente ha perdido el estado de alerta en forma irreversible y carece de capacidad para tomar decisiones; por ende, ahora no se le puede consultar sobre quién debe representarle en relación a sus preferencias de tratamiento."

2c.- *Incluya las incertidumbres médicas significativas (como el pronóstico y los resultados con o sin el tratamiento).*

*Ejemplo:* "Pueden administrarse antibióticos para la infección pulmonar actual, pero no sabemos si el paciente se podrá retirar del respirador dado lo avanzado de la enfermedad. Parece que hay más probabilidades de que con el tiempo no se pueda retirar del respirador que de que lo pueda hacer. El paciente tiene una esperanza de vida aproximada de 3 a 9 meses, pero podría ser mucho más corta o un poco más larga".

2d.- *Incluya los beneficios y daños de las opciones de tratamiento.*

*Ejemplo:* "El respirador prolongará la vida, pero es un tratamiento oneroso e invasivo y recluye al paciente a un entorno altamente tecnificado desde el punto de vista médico".

3.- *Identifique a la persona que tomará las decisiones.*

Si el paciente fuera competente, el que tomaría las decisiones sería él mismo. Si el paciente es incompetente o carece de la capacidad de tomar decisiones, identifique a un representante quien tomará las decisiones según lo especifique la designación de los tribunales, la ley estatal, un poder notarial para la atención médica, el testamento biológico o las personas que estén mejor situadas, en virtud de su familiaridad, intimidad y afectos con el paciente.

*Ejemplo:* "Este es un adulto de 32 años de edad que no ha vivido con sus padres por 14 años y que ha tenido únicamente un contacto ocasional con ellos, principalmente durante las vacaciones. No tiene un testamento ni un poder notarial, pero a medida que su enfermedad fue avanzando, a menudo le comunicó a su compañero sus preferencias en cuanto a la atención médica. Su compañero acompañó siempre al paciente a la clínica y lo cuidó a medida que su debilidad aumentó".



4.- *Proporcione información comprensible, pertinente y relevante a la persona que tomará las decisiones. Disipe los malentendidos, mitos y las ideas falsas.*

*Ejemplo:* "El respirador y los antibióticos prolongarán la vida y tratarán la infección pulmonar, pero no dan marcha atrás a la gravedad del padecimiento subyacente. No existen tratamientos en este momento que puedan afectar el padecimiento subyacente de este paciente. Si se inicia el uso del respirador, puede interrumpirse si el paciente no responde al tratamiento. Si no se hace uso del respirador, se pueden administrar medicamentos para garantizar que el paciente esté cómodo incluso si sus pulmones están fallando."

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

Éstos incluyen los valores del paciente acerca de la vida; su ubicación en el ciclo de la vida; la relación con la comunidad, la atención médica y las instituciones de atención médica; los objetivos de la atención médica (por ejemplo, paliativa, el mejoramiento de las funciones o el aumento de la independencia, la prolongación de la vida o bien, paliativa sin prolongación de la vida) y las condiciones que harían cambiar estos objetivos. Preferencias específicas sobre la atención médica o los apoderados que tomarán las decisiones pertinentes en esta situación.

*Ejemplo:* "Este paciente declaró muchas veces a su compañero que en este momento desearía atención paliativa exclusivamente y declinaría específicamente más terapias contra el VIH, como aparece en la historia clínica. Declaró que no deseaba tratamientos que prolongaran la vida de ningún tipo si no pudiera comunicarse con su compañero, lo cual su estado de inconsciencia actual le impide hacer."

6.- *Identifique los valores de los profesionales de salud.*

Los valores incluyen objetivos de promoción de la salud (como prolongar la vida, aliviar el dolor, promover la salud, curar enfermedades, rehabilitar una lesión, prevenir daños, proporcionar comodidad, habilitar a los pacientes para que tomen decisiones y defender al paciente). Los valores que estén relacionados con la comunicación médico-paciente (veracidad, confidencialidad, no discriminación, consentimiento bajo información y tolerancia a la diversidad de valores) también se incluyen, así como algunos valores que van más allá de la relación médico-paciente (como protección de terceros, promoción de la salud pública y respeto de la ley).

*Ejemplo:* "A pesar de que el médico puede sentir que el respirador es lo indicado para esta persona con insuficiencia respiratoria, este paciente ha expresado objetivos diferentes para su atención médica. El médico está obligado a respetar la diversidad de valores y el requisito de consentimiento bajo información y a respetar los objetivos y las preferencias del paciente."

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

*Ejemplo:* "El médico podría proporcionar tratamiento paliativo a una persona que está en insuficiencia respiratoria que decida no hacer uso del respirador, o buscar una transferencia rápida del paciente a alguien que pueda proporcionar dicha atención (el segundo plan de acción terminaría la relación entre este médico y el paciente). El médico -para proteger los intereses y valores de este paciente que no puede hablar y dar sus directrices - debe fungir como el cabildero del paciente ante los padres del paciente".

8.- *Identifique y retire o enfrente las limitantes de las soluciones planteadas (como reembolso, no disponibilidad de servicios, leyes o mitos legales).*

*Ejemplo:* "Los padres, en este caso, afirmaron que el doctor tenía que obedecerles porque ellos eran sus parientes. Al comprobar con el abogado del hospital quedó demostrado que en este caso, esa afirmación era incorrecta."

American College of Physicians, Philadelphia, Pennsylvania.

## **Reconocimientos**

Proceso: El Manual de Ética del ACP, se publicó inicialmente en 1984, es revisado y actualizado cada cuantos años. Miembros y staff del Comité de Derechos Humanos, Ética y profesionalismo de 2009 a 2012 desarrollaron la presente sexta edición. Actualiza la quinta edición 2005, que sirvió como punto de partida para

la revisión línea a línea y el debate por los miembros y staff del Comité de acuerdo a las revisiones de la literatura y la valoración ambiental que determina el alcance de los asuntos, que nuevos temas incluir, y otros cambios. El Comité se reunió 13 veces en persona, por llamadas de conferencia, y por Webinar, obteniendo consenso en asuntos a través de una discusión facilitada. Un borrador del manual fue revisado en forma externa por colegas y por el consejo del Colegio y sus líderes. Después de sus revisiones y basadas en esos comentarios, el Manual fue aprobado por el Comité y revisado y aprobado por el Consejo de Regentes. El Manual de Ética es una política oficial del ACP. Los miembros del ACP prometen “el mantener la ética de la medicina como es ejemplificada por los estándares y tradiciones de éste Colegio”, y esperamos que el Manual sea un recurso para todos los clínicos y otros médicos también.

## **Agradecimientos**

Al Colegio y al Comité de Derechos Humanos, Ética y Profesionalismo. Gracias a los anteriores miembros del Comité que llevaron a cabo contribuciones al desarrollo del manual a través de su trabajo en ediciones previas. Se agradece a los revisores de ésta edición del Manual: Rebecca Andrews, MD; Clifton R. Cleaveland, MD; Charles Cutler, MD; Serle M. Epstein, MD; David A. Fleming, MD; Angela C. Johnson, MD; Edwin P. Maynard, MD; David W. Potts, MD; William A. Reynolds, MD; James R. Webster, MD, MS; y Steven E. Weinberger, MD. También se agradece al staff del Comité y al Centro para la Ética y el Profesionalismo del ACP que trabajaron en el Manual: Michael S. Barr, MD, MBA; Eileen M. D’Amico; Carol R. Dembe, MD, JD; Sheryl Mitnick, MPH, RN; y Lois Snyder, JD. Y finalmente, ellos expresan su gratitud a Jorge A. Castañón-González quien tradujo esta edición al Español.

## **Apoyo financiero**

El apoyo financiero para el desarrollo de éste Manual procedió exclusivamente del presupuesto operativo del ACP.

Potencial Conflicto de Interés: Las declaraciones de los miembros del Comité de Derechos Humanos, Ética y Profesionalismo están disponibles en:

[www.acponline.org/authors/icmje/ConflictOfInterestForms.do?msNum=M11-1111](http://www.acponline.org/authors/icmje/ConflictOfInterestForms.do?msNum=M11-1111).

Solicitud para reimpression individual: Lois Snyder, J.D., American College of Physicians, 190 N. Independence Mall West, Philadelphia, PA 19106; email, [lsnyder@acponline.org](mailto:lsnyder@acponline.org).

**Gana Créditos para CME y Mantenimiento de certificación ABIM (MOC) por medio de una actividad educacional relacionada con el Manual de Ética del ACP. Para mayores informes, ir a:**

[http://www.acponline.org/running\\_practice/ethics/manual](http://www.acponline.org/running_practice/ethics/manual).

## **Referencias:**

1. **Peabody FW.** The care of the patient. JAMA. 1927;88:877-82.
2. American College of Physicians Ethics Manual. Part 1: History; the patient; other physicians. American College of Physicians. Ann Intern Med. 1989;111:245-52. [PMID: 2665591]
3. American College of Physicians Ethics Manual. Part 2: The physician and society; research; life-sustaining treatment; other issues. American College of Physicians. Ann Intern Med. 1989;111:327-35. [PMID: 2757314]
4. **Jonsen AR.** The Birth of Bioethics. New York: Oxford Univ Pr; 1998.
5. **Jecker NS, Jonsen AR, Pearlman RA.** Bioethics: An Introduction to the History, Methods, and Practice. 2nd ed. Sudbury, MA: Jones & Bartlett; 2007.
6. **Beauchamp TL, Childress JF.** Principles of Biomedical Ethics. 6th ed. New York: Oxford Univ Pr; 2008.

7. **Mitnick S, Leffler C, Hood VL; American College of Physicians Ethics, Professionalism and Human Rights Committee.** Family caregivers, patients and physicians: ethical guidance to optimize relationships. *J Gen Intern Med.* 2010;25:255-60. [PMID: 20063128]
8. **ABIM Foundation; ACP-ASIM Foundation; European Federation of Internal Medicine.** Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. *Ann Intern Med.* 2002;136:243-6. [PMID: 11827500]
9. **Snyder L, Tooker J.** Obligations and opportunities: the role of clinical societies in the ethics of managed care. *J Am Geriatr Soc.* 1998;46:378-80. [PMID: 9514391]
10. **Pellegrino ED, Relman AS.** Professional medical associations: ethical and practical guidelines. *JAMA.* 1999;282:984-6. [PMID: 10485685]
11. **American Medical Association.** Guidelines for physician-patient electronic communications. Accessed at [www.ama-assn.org/ama/pub/about-ama/our-people/member-groups-sections/young-physicians-section/advocacy-resources/guidelines-physician-patient-electronic-communications.page](http://www.ama-assn.org/ama/pub/about-ama/our-people/member-groups-sections/young-physicians-section/advocacy-resources/guidelines-physician-patient-electronic-communications.page) on 28 September 2011.
12. **Federation of State Medical Boards of the United States.** Model Guidelines for the Appropriate Use of the Internet in Medical Practice. Dallas: Federation of State Medical Boards of the United States; 2002. Accessed at [www.fsmb.org/pdf/2002\\_grpol\\_Use\\_of\\_Internet.pdf](http://www.fsmb.org/pdf/2002_grpol_Use_of_Internet.pdf) on 27 April 2011.
13. **Snyder L, Weiner J.** Ethics and Medicaid patients. In: Snyder L, ed. *Ethical Choices: Case Studies for Medical Practice.* 2nd ed. Philadelphia: American Coll Physicians; 2005:130-5.
14. **Farber N, Snyder L.** The Difficult Patient: Should You End the Relationship? What now? An Ethics Case Study. The American College of Physicians Ethics Case Studies Series. Accessed at <http://cme.medscape.com/viewarticle/706978> on 27 April 2011.
15. **Kahn MW.** What would Osler do? Learning from "difficult" patients. *N Engl J Med.* 2009;361:442-3. [PMID: 19641200]
16. **American Medical Association.** Opinion 5.09: confidentiality: industry-employed physicians and independent medical examiners. In: *AMA Code of Medical Ethics.* Chicago: American Med Assoc; 1999. Accessed at [www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/medical-ethics/code-medical-ethics/opinion509.shtml](http://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/medical-ethics/code-medical-ethics/opinion509.shtml) on 27 April 2011.
17. **American Medical Association.** Opinion 10.03: patient-physician relationship in the context of work-related and independent medical examinations. In: *AMA Code of Medical Ethics.* Chicago: American Med Assoc; 1999. Accessed at [www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/medical-ethics/code-medical-ethics/opinion1003.shtml](http://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/medical-ethics/code-medical-ethics/opinion1003.shtml) on 27 April 2011.
18. U.S. Department of Health and Human Services. Standards for Privacy of Individually Identifiable Health Information. 45 C.F.R. § 164.46 (2001). Accessed at [www.hhs.gov/ocr/hipaa](http://www.hhs.gov/ocr/hipaa) on 27 April 2011.
19. **Carlisle J, Shickle D, Cork M, McDonagh A.** Concerns over confidentiality may deter adolescents from consulting their doctors. A qualitative exploration. *J Med Ethics.* 2006;32:133-7. [PMID: 16507655]
20. **Burnum JF.** Secrets about patients. *N Engl J Med.* 1991;324:1130-3. [PMID: 2008187]

21. **Crawley LM, Marshall PA, Koenig BA.** Respecting cultural differences at the end of life. In: Snyder L, Quill TE, eds. *Physician's Guide to End-of-Life Care*. Philadelphia: American Coll Physicians; 2001:35-55.
22. **Roter DL, Stewart M, Putnam SM, Lipkin M Jr, Stiles W, Inui TS.** Communication patterns of primary care physicians. *JAMA*. 1997;277:350-6. [PMID: 9002500]
23. **Eggle S, Penner L, Albrecht TL, Cline RJ, Foster T, Naughton M, et al.** Discussing bad news in the outpatient oncology clinic: rethinking current communication guidelines. *J Clin Oncol*. 2006;24:716-9. [PMID: 16446346]
24. **American Medical Association.** Opinion 8.082: withholding information from patients. In: *AMA Code of Medical Ethics*. Chicago: American Med Assoc; 2006. Accessed at [www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/medical-ethics/code-medical-ethics/opinion8082.shtml](http://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/medical-ethics/code-medical-ethics/opinion8082.shtml) on 27 April 2011.
25. **Berger JT.** Ignorance is bliss? Ethical considerations in therapeutic nondisclosure. *Cancer Invest*. 2005;23:94-8. [PMID: 15779872]
26. **Berger JT, DeRenzo EG, Schwartz J.** Surrogate decision making: reconciling ethical theory and clinical practice. *Ann Intern Med*. 2008;149:48-53. [PMID: 18591637]
27. Snyder L, Quill TE, eds. *Physician's Guide to End-of-Life Care*. Philadelphia: American Coll Physicians; 2001.
28. Patient Education and Caring: End of Life (PEACE) series. Philadelphia: Center for Ethics and Professionalism, American Coll Physicians; 2001. Accessed at [www.acponline.org/patients\\_families/end\\_of\\_life\\_issues/peace/](http://www.acponline.org/patients_families/end_of_life_issues/peace/) on 27 April 2011.
29. **Geller G, Botkin JR, Green MJ, Press N, Biesecker BB, Wilfond B, et al.** Genetic testing for susceptibility to adult-onset cancer. The process and content of informed consent. *JAMA*. 1997;277:1467-74. [PMID: 9145720]
30. **Rich EC, Burke W, Heaton CJ, Haga S, Pinsky L, Short MP, et al.** Reconsidering the family history in primary care. *J Gen Intern Med*. 2004;19:273-80. [PMID: 15009784]
31. **McGuire AL, Burke W.** An unwelcome side effect of direct-to-consumer personal genome testing: raiding the medical commons. *JAMA*. 2008;300:2669-71. [PMID: 19066388]
32. **Lee LM, Gostin LO.** Ethical collection, storage, and use of public health data: a proposal for a national privacy protection. *JAMA*. 2009;302:82-4. [PMID: 19567443]
33. **McGuire AL, Gibbs RA.** Genetics. No longer de-identified. *Science*. 2006;312:370-1. [PMID: 16627725]
34. **Annas GJ.** Protecting privacy and the public---limits on police use of bioidentifiers in Europe. *N Engl J Med*. 2009;361:196-201. [PMID: 19587347]
35. **Weiner J.** The duty to treat HIV-positive patients. In: Snyder L, ed. *Ethical Choices: Case Studies for Medical Practice*. 2nd ed. Philadelphia: American Coll Physicians; 2005:136-42.
36. The acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) and infection with the human immunodeficiency virus (HIV). Health and Public Policy Committee, American College of Physicians; and the Infectious Diseases Society of America. *Ann Intern Med*. 1988;108:460-9. [PMID: 3277519]

37. **New York State Department of Health/New York State Task Force on Life & the Law.** Allocation of ventilators in an influenza pandemic. 2007. Accessed at [www.health.state.ny.us/diseases/communicable/influenza/pandemic/ventilators/](http://www.health.state.ny.us/diseases/communicable/influenza/pandemic/ventilators/) on 27 April 2011.
38. **Veterans Health Administration's National Center for Ethics in Health Care.** Meeting the challenge of pandemic influenza: ethical guidance for leaders and health care professionals in the Veterans Health Administration. 2010. Accessed at [www.ethics.va.gov/activities/pandemic\\_influenza\\_preparedness.asp](http://www.ethics.va.gov/activities/pandemic_influenza_preparedness.asp) on 22 September 2011.
39. **World Health Organization.** Pandemic Influenza Preparedness and Response. 2009. Accessed at [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241547680\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241547680_eng.pdf) on 22 September 2011.
40. **Institute of Medicine.** Guidance for Establishing Crisis Standards of Care for Use in Disaster Situations: A Letter Report. 2009 Accessed at [www.nap.edu/openbook.php?record\\_id=12749&page=1](http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=12749&page=1) on 27 April 2011.
41. **National Center for Complementary and Alternative Medicine, National Institutes of Health.** What is complementary and alternative medicine? Accessed at <http://nccam.nih.gov/health/whatiscam/> on 27 April 2011.
42. **Berger JT.** Multi-cultural considerations and the American College of Physicians Ethics Manual. *J Clin Ethics.* 2001;12:375-81. [PMID: 12026743]
43. **Nahan RL, Barnes PM, Stussman BJ, Bloom B.** Costs of complementary and alternative medicine (CAM) and frequency of visits to CAM practitioners: United States, 2007. *National Health Statistics Reports no. 18.* Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics; 2009. Accessed at <http://nccam.nih.gov/news/camstats/costs/> on 27 April 2011.
44. Snyder L, ed. *Complementary and Alternative Medicine: Ethics, the Patient, and the Physician.* Totowa, NJ: Humana Pr; 2007.
45. **Shelley BM, Sussman AL, Williams RL, Segal AR, Crabtree BF; Rios Net Clinicians.** 'They don't ask me so I don't tell them': patient-clinician communication about traditional, complementary, and alternative medicine. *Ann Fam Med.* 2009;7:139-47. [PMID: 19273869]
46. National Center for Complementary and Alternative Medicine, National Institutes of Health. Accessed at [www.nccam.nih.gov](http://www.nccam.nih.gov) on 27 April 2011.
47. **Eastwood GL.** When relatives and friends ask physicians for medical advice: ethical, legal, and practical considerations. *J Gen Intern Med.* 2009;24:1333-5. [PMID: 19784705]
48. **Carroll RJ.** Should doctors treat their relatives? *ACP-ASIM Observer.* January 1999. Accessed at [www.acponline.org/journals/news/jan99/relative.htm](http://www.acponline.org/journals/news/jan99/relative.htm) on 27 April 2011.
49. **Groves JE, Dunderdale BA, Stern TA.** Celebrity patients, VIPs, and potentates. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry.* 2002;4:215-223. [PMID: 15014712]
50. Sexual misconduct in the practice of medicine. Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association. *JAMA.* 1991;266:2741-5. [PMID: 1942427]

51. **Weiner J, Tolle SW.** Sex and the single physician. In: Snyder L, ed. *Ethical Choices: Case Studies for Medical Practice*. 2nd ed. Philadelphia: American Coll Physicians; 2005:99-104.
52. **Stott D.** Chaperones for intimate examinations. *Student BMJ*. 2008;16:280. Accessed at <http://student.bmj.com/student/view-article.html?id=sbmj0807260> on 27 April 2011.
53. **Chretien KC, Greysen SR, Chretien JP, Kind T.** Online posting of unprofessional content by medical students. *JAMA*. 2009;302:1309-15. [PMID: 19773566]
54. **Jain SH.** Practicing medicine in the age of Facebook. *N Engl J Med*. 2009;361:649-51. [PMID: 19675328]
55. **Thompson LA, Dawson K, Ferdig R, Black EW, Boyer J, Coutts J, et al.** The intersection of online social networking with medical professionalism. *J Gen Intern Med*. 2008;23:954-7. [PMID: 18612723]
56. **Brendel DH, Chu J, Radden J, Leeper H, Pope HG, Samson J, et al.** The price of a gift: an approach to receiving gifts from patients in psychiatric practice. *Harv Rev Psychiatry*. 2007;15:43-51. [PMID: 17454174]
57. **Lyckholm LJ.** Should physicians accept gifts from patients? *JAMA*. 1998;280:1944-6. [PMID: 9851481]
58. **Lo B, Quill T, Tulsky J.** Discussing palliative care with patients. ACP-ASIM End-of-Life Care Consensus Panel. American College of Physicians-American Society of Internal Medicine. *Ann Intern Med*. 1999;130:744-9. [PMID: 10357694]
59. Making medical decisions for a loved one at the end of life. Patient Education and Caring: End-of-Life (PEACE) series. Philadelphia: American Coll Physicians; 2001. Accessed at [www.acponline.org/patients\\_families/end\\_of\\_life\\_issues/peace/](http://www.acponline.org/patients_families/end_of_life_issues/peace/) on 27 April 2011.
60. **Institute of Medicine.** *Approaching Death: Improving Care at the End of Life*. Washington, DC: National Academies Pr; 1997.
61. **Lo B, Snyder L, Sox HC.** Care at the end of life: guiding practice where there are no easy answers [Editorial]. *Ann Intern Med*. 1999;130:772-4. [PMID: 10357697]
62. **Buchan ML, Tolle SW.** Pain relief for dying persons: dealing with physicians' fears and concerns. *J Clin Ethics*. 1995;6:53-61. [PMID: 7632997]
63. When you have pain at the end of life. Patient Education and Caring: End-of-Life (PEACE) series. Philadelphia: American Coll Physicians; 2001. Accessed at [www.acponline.org/patients\\_families/end\\_of\\_life\\_issues/peace/](http://www.acponline.org/patients_families/end_of_life_issues/peace/) on 27 April 2011.
64. **Carrillo JE, Green AR, Betancourt JR.** Cross-cultural primary care: a patient-based approach. *Ann Intern Med*. 1999;130:829-34. [PMID: 10366373]
65. **American College of Legal Medicine.** *Legal Medicine*. 5th ed. St. Louis: Mosby; 2001.
66. **Lampert R, Hayes DL, Annas GJ, Farley MA, Goldstein NE, Hamilton RM, et al.** HRS expert consensus statement on the management of cardiovascular implantable electronic devices (CIEDs) in patients nearing end of life or requesting withdrawal of therapy. Washington, DC: Heart Rhythm Society; 2010. Accessed at [www.hrsonline.org/ClinicalGuidance/upload/ceids\\_mgmt\\_eol.pdf](http://www.hrsonline.org/ClinicalGuidance/upload/ceids_mgmt_eol.pdf) on 28 April 2011.

67. **Snyder L.** Life, death, and the American College of Physicians: the Cruzan case [Editorial]. *Ann Intern Med.* 1990;112:802-4. [PMID: 2344110]
68. **Annas GJ.** The health care proxy and the living will. *N Engl J Med.* 1991;324:1210-3. [PMID: 2011167]
69. **Fins JJ, Maltby BS, Friedmann E, Greene MG, Norris K, Adelman R, et al.** Contracts, covenants and advance care planning: an empirical study of the moral obligations of patient and proxy. *J Pain Symptom Manage.* 2005;29:55-68. [PMID: 15652439]
70. **Sulmasy DP, Hughes MT, Thompson RE, Astrow AB, Terry PB, Kub J, et al.** How would terminally ill patients have others make decisions for them in the event of decisional incapacity? A longitudinal study. *J Am Geriatr Soc.* 2007;55:1981-8. [PMID: 18031490]
71. **Sulmasy DP, Snyder L.** Substituted interests and best judgments: an integrated model of surrogate decision making. *JAMA.* 2010;304:1946-7. [PMID: 21045102]
72. Physician Orders for Life-Sustaining Treatment (POLST). Accessed at [www.ohsu.edu/ethics/polst/](http://www.ohsu.edu/ethics/polst/) on 28 April 2011.
73. **Karlawish JH, Quill T, Meier DE.** A consensus-based approach to providing palliative care to patients who lack decision-making capacity. ACP-ASIM End-of-Life Care Consensus Panel. American College of Physicians-American Society of Internal Medicine. *Ann Intern Med.* 1999;130:835-40. [PMID: 10366374]
74. Living with a serious illness: talking with your doctor when the future is uncertain. Patient Education and Caring: End-of-Life (PEACE) series. Philadelphia: American Coll Physicians; 2001. Accessed at [www.acponline.org/patients\\_families/end\\_of\\_life\\_issues/peace/](http://www.acponline.org/patients_families/end_of_life_issues/peace/) on 27 April 2011.
75. **Casarett D, Kapo J, Caplan A.** Appropriate use of artificial nutrition and hydration---fundamental principles and recommendations. *N Engl J Med.* 2005;353:2607-12. [PMID: 16354899]
76. **Gazelle G.** The slow code---should anyone rush to its defense? *N Engl J Med.* 1998;338:467-9. [PMID: 9459653]
77. **Sabatino CP.** Survey of state EMS-DNR laws and protocols. *J Law Med Ethics.* 1999;27:297-315, 294. [PMID: 11067612]
78. Oregon's Death with Dignity Act. Or. Rev. Stat. § 127.800-127.995 (2009). Accessed at <http://public.health.oregon.gov/providerpartnerresources/evaluationresearch/deathwithdignityact/Pages/index.aspx> on 27 April 2011.
79. **Steinbrook R.** Physician-assisted death---from Oregon to Washington State. *N Engl J Med.* 2008;359:2513-5. [PMID: 19073972]
80. **Sulmasy DP, Pellegrino ED.** The rule of double effect: clearing up the double talk. *Arch Intern Med.* 1999;159:545-50. [PMID: 10090110]
81. **Quill TE, Byock IR.** Responding to intractable terminal suffering: the role of terminal sedation and voluntary refusal of food and fluids. ACP-ASIM End-of-Life Care Consensus Panel. American College of Physicians-American Society of Internal Medicine. *Ann Intern Med.* 2000;132:408-14. [PMID: 10691593]

82. **Snyder L, Sulmasy DP; Ethics and Human Rights Committee, American College of Physicians-American Society of Internal Medicine.** Physician-assisted suicide. *Ann Intern Med.* 2001;135:209-16. [PMID: 11487490]
83. Medical aspects of the persistent vegetative state (1). The Multi-Society Task Force on PVS. *N Engl J Med.* 1994;330:1499-508. [PMID: 7818633]
84. **Fins JJ, Plum F.** Neurological diagnosis is more than a state of mind: diagnostic clarity and impaired consciousness [Editorial]. *Arch Neurol.* 2004;61:1354-5. [PMID: 15364678]
85. **Herrin V, Poon P.** Talking about organ procurement when one of your patients dies. *ACP-ASIM Observer.* February 2000. Accessed at [www.acpinternist.org/archives/2000/02/organ.htm](http://www.acpinternist.org/archives/2000/02/organ.htm) on 27 April 2011.
86. **Veatch RM.** *Transplantation Ethics.* Washington, DC: Georgetown Univ Pr; 2000.
87. **Williams MA, Lipsett PA, Rushton CH, Grochowski EC, Berkowitz ID, Mann SL, et al; Council on Scientific Affairs, American Medical Association.** The physician's role in discussing organ donation with families. *Crit Care Med.* 2003;31:1568-73. [PMID: 12771634]
88. **Povar GJ, Blumen H, Daniel J, Daub S, Evans L, Holm RP, et al; Medicine as a Profession Managed Care Ethics Working Group.** Ethics in practice: managed care and the changing health care environment: medicine as a profession managed care ethics working group statement. *Ann Intern Med.* 2004;141:131-6. [PMID: 15262669]
89. **LaPuma J, Schiedermayer D, Seigler M.** Ethical issues in managed care. *Trends Health Care Law Ethics.* 1995;10:73-7. [PMID: 7655240]
90. **Snyder L, Neubauer RL; American College of Physicians Ethics, Professionalism and Human Rights Committee.** Pay-for-performance principles that promote patient-centered care: an ethics manifesto. *Ann Intern Med.* 2007;147:792-4. [PMID: 18056664]
91. **Braddock CH 3rd, Snyder L.** The doctor will see you shortly. The ethical significance of time for the patient-physician relationship. *J Gen Intern Med.* 2005;20:1057-62. [PMID: 16307634]
92. **Stillman M.** Concierge medicine: a "regular" physician's perspective. *Ann Intern Med.* 2010;152:391-2. [PMID: 20231570]
93. **Carnahan SJ.** Concierge medicine: legal and ethical issues. *J Law Med Ethics.* 2007;35:211-5. [PMID: 17341229]
94. **Snyder L, Hillman AL.** Financial incentives and physician decision making. In: Snyder L, ed. *Ethical Choices: Case Studies for Medical Practice.* Philadelphia: American Coll Physicians; 1996:105-12.
95. **Sulmasy DP.** Physicians, cost control, and ethics. *Ann Intern Med.* 1992;116:920-6. [PMID: 1580450]
96. **Coyle SL; Ethics and Human Rights Committee, American College of Physicians-American Society of Internal Medicine.** Physician-industry relations. Part 1: individual physicians. *Ann Intern Med.* 2002;136:396-402. [PMID: 11874314]
97. Conflicts of interest. Physician ownership of medical facilities. Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association. *JAMA.* 1992;267:2366-9. [PMID: 1564779]



98. **Povar GJ, Snyder L; Ethics and Human Rights Committee.** Selling products out of the office. *Ann Intern Med.* 1999;131:863-4. [PMID: 10610634]
99. **Turton FE, Snyder L.** Physician-industry relations [Letter]. *Ann Intern Med.* 2007;146:469. [PMID: 17371898]
100. **Coyle SL; Ethics and Human Rights Committee, American College of Physicians-American Society of Internal Medicine.** Physician-industry relations. Part 2: organizational issues. *Ann Intern Med.* 2002;136:403-6. [PMID: 11874315]
101. **Council of Medical Specialty Societies.** Voluntary Code for Interactions with Companies. Accessed at [www.cmss.org/uploadedFiles/Site/CMSS\\_Policies/CMSS%20Code%20for%20Interactions%20with%20Companies%20Approved%20Revised%20Version%203-19-11CLEAN.pdf](http://www.cmss.org/uploadedFiles/Site/CMSS_Policies/CMSS%20Code%20for%20Interactions%20with%20Companies%20Approved%20Revised%20Version%203-19-11CLEAN.pdf) on 28 April 2011.
102. **Groman R, Ginsburg J; American College of Physicians.** Racial and ethnic disparities in health care: a position paper of the American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 2004;141:226-32. [PMID: 15289223]
103. Mann JM, Gruskin S, Grodin MA, Annas GJ, eds. *Health and Human Rights: A Reader.* New York: Routledge; 1999.
104. **Institute of Medicine.** *To Err Is Human: Building a Safer Health Care System.* Washington, DC: National Academies Pr; 1999.
105. **Tulsky JA, Snyder L.** Deciding how much care is too much. *ACP Observer.* March 1997. Accessed at [www.acponline.org/journals/news/mar97/howmuch.htm](http://www.acponline.org/journals/news/mar97/howmuch.htm) on 2 May 2011.
106. **United Nations.** *First Congress on the Prevention of Crime and the Treatment of Offenders. Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners.* 1955. Accessed at [www2.ohchr.org/english/law/pdf/treatmentprisoners.pdf](http://www2.ohchr.org/english/law/pdf/treatmentprisoners.pdf) on 2 May 2011.
107. **Turton FE, Snyder L.** Revision to the American College of Physicians' ethics manual [Letter]. *Ann Intern Med.* 2008;148:887-8. [PMID: 18519943]
108. **National Commission on Correctional Health Care.** Charging inmates a fee for health care services. 1996; reaffirmed 2005. Accessed at [www.ncchc.org/resources/statements/healthfees.html](http://www.ncchc.org/resources/statements/healthfees.html) on 2 May 2011.
109. **Núñez AE.** Transforming cultural competence into cross-cultural efficacy in women's health education. *Acad Med.* 2000;75:1071-80. [PMID: 11078665]
110. **Juarez JA, Marvel K, Brezinski KL, Glazner C, Towbin MM, Lawton S.** Bridging the gap: a curriculum to teach residents cultural humility. *Fam Med.* 2006;38:97-102. [PMID: 16450230]
111. **Fletcher JC, Siegler M.** What are the goals of ethics consultation? A consensus statement. *J Clin Ethics.* 1996;7:122-6. [PMID: 8889887]
112. *Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals (CAMH): The Official Handbook 2011.* Oakbrook Terrace, IL: The Joint Commission; 2011.

113. **Aulisio MP, Arnold RM, Youngner SJ.** Health care ethics consultation: nature, goals, and competencies. A position paper from the Society for Health and Human Values-Society for Bioethics Consultation Task Force on Standards for Bioethics Consultation. *Ann Intern Med.* 2000;133:59-69. [PMID: 10877742]
114. **Snyder L; American College of Physicians.** Guidelines for the physician expert witness. *Ann Intern Med.* 1990;113:789. [PMID: 2240881]
115. **Ginsburg J; American College of Physicians-American Society of Internal Medicine.** Physicians and joint negotiations. *Ann Intern Med.* 2001;134:787-92. [PMID: 11329239]
116. **Mattke A, Schmitz JJ, Zink T.** Call it what it is: sexual harassment. *Acad Med.* 2009;84:191. [PMID: 19174662]
117. **Crook ED, Weiner J.** When residents and attendings disagree. In: Snyder L, ed. *Ethical Choices: Case Studies for Medical Practice.* 2nd ed. Philadelphia: American Coll Physicians; 2005:148-53.
118. **Snyder L.** Referrals and patient wishes. In: Snyder L, ed. *Ethical Choices: Case Studies for Medical Practice.* 2nd ed. Philadelphia: American Coll Physicians; 2005:77-81.
119. **Braddock CH, Snyder L, JD, Neubauer RL, Fischer GS; for the American College of Physicians Ethics, Professionalism and Human Rights Committee and the Society of General Internal Medicine Ethics Committee.** The Patient-Centered Medical Home:  
An Ethical Analysis of Principles and Practice Position Paper. Position Paper. Philadelphia: American Coll Physicians. [Forthcoming]
120. **Kirschner N, Greenlee MC; American College of Physicians.** The Patient-Centered Medical Home Neighbor (PCMH-N): The Interface of the Patient-Centered Medical Home (PCMH) with Specialty/Subspecialty Practices. Position Paper. Philadelphia: American Coll Physicians; 2010. Accessed at [www.acponline.org/advocacy/where\\_we\\_stand/policy/pcmh\\_neighbors.pdf](http://www.acponline.org/advocacy/where_we_stand/policy/pcmh_neighbors.pdf) on 2 May 2011.
121. **Weiner J, Snyder L.** The impaired colleague. In: Snyder L, ed. *Ethical Choices: Case Studies for Medical Practice.* 2nd ed. Philadelphia: American Coll Physicians; 2005:143-7.
122. **Boisaubin EV, Levine RE.** Identifying and assisting the impaired physician. *Am J Med Sci.* 2001;322:31-6. [PMID: 11465244]
123. Department of Health and Human Services. Protection of Human Subjects. 45 C.F.R. 46 (2009).
124. **Schulz KF, Altman DG, Moher D; CONSORT Group.** CONSORT 2010 statement: updated guidelines for reporting parallel group randomized trials. *Ann Intern Med.* 2010;152:726-32. [PMID: 20335313]
125. **Commission on Research Integrity.** Integrity and Misconduct in Research: Report to the Secretary of Health and Human Services, The House Committee on Commerce and the Senate Committee on Labor and Human Resources. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service; 1995.
126. **Cassarett D, Snyder L, Karlawish J.** When are industry-sponsored trials a good match for community doctors? *ACP Observer.* March 2001. Accessed at [www.acpinternist.org/archives/2001/03/ethics.htm](http://www.acpinternist.org/archives/2001/03/ethics.htm) on 4 May 2011.

127. **Council for International Organizations of Medical Sciences.** International ethical guidelines for biomedical research involving human subjects. Geneva: Council for International Organizations of Medical Sciences; 2002. Accessed at: [www.cioms.ch/publications/layout\\_guide2002.pdf](http://www.cioms.ch/publications/layout_guide2002.pdf) on 5 May 2011.
128. Recruiting Human Subjects Sample Guidelines for Practice. Bethesda, MD: Department of Health and Human Services, Office of the Inspector General; June 2000. OEI-01-97-00196. Accessed at <http://oig.hhs.gov/oei/reports/oei-01-97-00196.pdf> on 4 May 2011.
129. **Markson L, Snyder L, Steel RK; American College of Physicians.** Cognitively impaired subjects. *Ann Intern Med.* 1989;111:843-8. [PMID: 2683918]
130. **Karlawish JH.** Research involving cognitively impaired adults. *N Engl J Med.* 2003;348:1389-92. [PMID: 12672869]
131. **Salzman JG, Frascone RJ, Godding BK, Provo TA, Gertner E.** Implementing emergency research requiring exception from informed consent, community consultation, and public disclosure. *Ann Emerg Med.* 2007;50:448-55, 455.e1-4. [PMID: 17222939]
132. **Drazen JM, Koski G.** To protect those who serve [Editorial]. *N Engl J Med.* 2000;343:1643-5. [PMID: 11096176]
133. Protecting Personal Health Information in Research: Understanding the HIPAA Privacy Rule. Bethesda, MD: Department of Health and Human Services; 2003. NIH publication no. 03-5388. Revised 13 July 2004. Accessed at [http://privacyruleandresearch.nih.gov/pdf/HIPAA\\_Booklet\\_4-14-2003.pdf](http://privacyruleandresearch.nih.gov/pdf/HIPAA_Booklet_4-14-2003.pdf) on 5 May 2011.
134. **World Medical Association.** Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects. 2008. Accessed at: [www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html](http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html) on 4 May 2011.
135. **Hochman M, McCormick D.** Characteristics of published comparative effectiveness studies of medications. *JAMA.* 2010;303:951-8. [PMID: 20215609]
136. **Daugherty CK, Ratain MJ, Emanuel EJ, Farrell AT, Schilsky RL.** Ethical, scientific, and regulatory perspectives regarding the use of placebos in cancer clinical trials. *J Clin Oncol.* 2008;26:1371-8. [PMID: 18227527]
137. **Amdur RJ, Bankert EA.** The placebo-controlled clinical trial. In: *Institutional Review Board Management and Function.* Sudbury, MA: Jones & Bartlett; 2002.
138. **Lind SE.** Innovative medical therapies: between practice and research. *Clin Res.* 1988;36:546-51. [PMID: 3180683]
139. **De Angelis C, Drazen JM, Frizelle FA, Haug C, Hoey J, Horton R, et al; International Committee of Medical Journal Editors.** Clinical trial registration: a statement from the International Committee of Medical Journal Editors [Editorial]. *Ann Intern Med.* 2004;141:477-8. [PMID: 15355883]
140. **Vedula SS, Bero L, Scherer RW, Dickersin K.** Outcome reporting in industry-sponsored trials of gabapentin for off-label use. *N Engl J Med.* 2009;361:1963-71. [PMID: 19907043]

141. **Drazen JM, Van Der Weyden MB, Sahni P, Rosenberg J, Marusic A, Laine C, et al.** Uniform format for disclosure of competing interests in ICMJE journals [Editorial]. *Ann Intern Med.* 2010;152:125-6. [PMID: 20083831]
142. **International Committee of Medical Journal Editors.** Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. Updated April 2010. Accessed at [www.icmje.org/urm\\_full.pdf](http://www.icmje.org/urm_full.pdf) on 5 May 2011.
143. **Fontanarosa PB, Flanagin A, DeAngelis CD.** Reporting conflicts of interest, financial aspects of research, and role of sponsors in funded studies [Editorial]. *JAMA.* 2005;294:110-1. [PMID: 15998899]