

CASO Y COMENTARIO: ARTÍCULO CON REVISIÓN POR PARES

¿Cómo debe influir la participación de los médicos en el Holocausto sobre las responsabilidades actuales para proteger la seguridad pública?

Matthew K. Wynia, MD, MPH

Resumen

Este caso y comentario exploran las obligaciones de los profesionales de la salud para defender a cada paciente, proteger a sus comunidades y gestionar sus conflictos. El Holocausto ha puesto al descubierto los riesgos de que los médicos perjudiquen a las personas de manera intencionada en pos del fortalecimiento de la comunidad. Sin embargo, es demasiado sencillo decir que la salud pública nunca podrá prevalecer sobre las preferencias o incluso las necesidades individuales de las personas. En este comentario, se expresan los criterios que podrían justificar las acciones de los médicos, contrarias a los intereses de cada uno de sus pacientes, para proteger a la población.

Caso

El Sr. P es un viudo de 76 años que vive solo y se sustenta con su trabajo como camionero. Necesita los ingresos de este trabajo porque padece diabetes e hipertensión arterial, que controla con medicamentos que, a pesar de ser cada vez más caros, debe tomar con regularidad.

Hace unas semanas, se estrelló por accidente contra un muro con su camión. Los testigos llamaron a una ambulancia. El Sr. P estaba despierto cuando llegó la ambulancia e indicó a los técnicos en emergencias médicas que no había perdido el conocimiento, aunque no estaba seguro de dónde estaba ni de cómo había llegado allí. Cuando llegó al servicio de urgencias, afirmó de nuevo que no recordaba cómo había ocurrido el accidente y preguntó dónde estaba. Así que fue ingresado en una unidad de medicina general para ser examinado.

Se ordenaron pruebas de laboratorio y de diagnóstico por imagen para descartar una hipoglucemia o un accidente cerebrovascular, y resultaron negativas. Pasadas varias horas, la memoria a corto plazo del Sr. P mejoró y volvió a la normalidad, aunque seguía sin recordar cómo había ocurrido el accidente. Se le diagnosticó amnesia global transitoria, fue dado de alta al cabo de unos días y se le indicó que no condujera, por lo menos, hasta su consulta de revisión con el Dr. D, su internista. En la consulta del Sr. P con el Dr. D después del alta, dijo que se sentía bien y pidió que se le permitiera volver a conducir.

La ley en el estado del Sr. P sobre el dictamen médico facultativo de los conductores con deficiencias establece que: “Los conductores deben informar por sí mismos de las afecciones médicas que podrían causar un lapso de conciencia, convulsiones, etc. Se recomienda a los médicos que notifiquen sobre pacientes que padecen una afección que podría afectar a su capacidad para conducir un vehículo de motor de manera segura”. Esta ley protege a los médicos que presentan estos informes “de buena fe”.

El Dr. D le explica al Sr. P que, aunque pone en duda la eficacia de la notificación y en general es partidario de no hacerlo, se siente obligado a notificar el accidente al Departamento de vehículos motorizados del estado, que probablemente revisará el caso del Sr. P y determinará si puede seguir conduciendo su camión. El Sr. P está angustiado ante la posibilidad de no poder mantenerse y le ruega al Dr. D que no lo notifique.

Comentario

Este caso plantea la importancia de analizar si las obligaciones de los profesionales de la salud de actuar como **agentes del estado** priman sobre sus deberes de proteger los intereses de cada uno de sus pacientes, así como cuándo hacerlo. Es difícil equilibrar estas obligaciones, pero con frecuencia se simplifica demasiado, en particular cuando se tiene en cuenta la participación de los médicos en el Holocausto.

Si suponemos que el diagnóstico de amnesia global transitoria (AGT) es exacto, este caso sería relativamente sencillo. El Dr. D no está legalmente obligado a notificar acerca del Sr. P al Departamento de vehículos motorizados, pero si decide hacerlo “de buena fe” está protegido de la responsabilidad. Teniendo en cuenta que la gran mayoría de los pacientes con un episodio de AGT no vuelven a tener otro ni sufren ninguna deficiencia a largo plazo,^{1,2,3,4} es poco probable que el Sr. P represente una amenaza mayor que el promedio para los demás en la carretera que otras personas de su grupo demográfico habitual. De hecho, su condición de hombre de 76 años con hipertensión arterial y diabetes le sitúa en un riesgo superior al 50 % de sufrir un episodio cardiovascular en los próximos 10 años,⁵ lo que significa que corre un riesgo mucho mayor de sufrir un infarto de miocardio o un accidente cerebrovascular mientras conduce que de padecer una AGT recurrente.⁶ Además, como indica el Dr. D, aunque estuviera obligado por ley a informar sobre los pacientes que podrían ser conductores peligrosos, es probable que estos requerimientos de notificación no sean eficientes para reducir los accidentes automovilísticos.⁷ Por el contrario, fomentar que los pacientes informen por sí mismos y se mantengan alejados de la carretera de forma voluntaria resulta ser un planteamiento más basado en pruebas.⁸ Por lo tanto, sería razonable que el Dr. D accediera a no informar sobre el Sr. P y, en su lugar, le recomendara que cuide bien de su hipertensión arterial y diabetes y, tal vez, que comience a tomar una dosis de estatinas moderada.⁵

Pero este caso también debería hacer que nos preguntemos cuándo, de ser posible, puede ser ético que los profesionales de la salud actúen de modo que podrían perjudicar a sus pacientes para proteger a la comunidad en general. El Holocausto no

es el único ejemplo de médicos que han cometido graves errores de cálculo al sopesar el daño individual frente al beneficio de la comunidad. Los médicos estadounidenses, por ejemplo, participaron de manera directa en la **tortura de los detenidos** en la Bahía de Guantánamo, al encubrir el asesinato de prisioneros durante los interrogatorios en Afganistán,⁹ y al realizar una colonoscopia sin consentimiento a un hombre en una clínica de Nuevo México de quien la policía sospechaba equivocadamente que llevaba drogas.¹⁰ Es de suponer que, al igual que los médicos nazis, estos creyeron que sus acciones estaban justificadas desde el punto de vista ético, tal vez porque pensaban que estaban obligados a obedecer a las autoridades policiales o militares, o porque pensaban que perjudicar a su paciente podría ayudar de alguna manera a la comunidad en general. No obstante, estas dos razones son incorrectas, y no porque la ética asistencial exija a los médicos que *nunca* actúen en contra de los intereses de sus pacientes.

Obligaciones de los médicos con las comunidades

Se podría decir que una postura ética centrada exclusivamente en las obligaciones hacia cada paciente es una “versión jurídica” de la ética asistencial,¹¹ ya que los abogados están obligados desde el punto de vista ético a hacer lo mejor posible por cada uno de sus clientes y, por lo general, no se les permite tener obligaciones contradictorias con ninguna otra persona.¹² Hay dos razones por las que esto funciona para los abogados. En primer lugar, hay otro abogado que defiende a la otra parte, sin importar si el conflicto es con otra parte o con un estado. En segundo lugar, hay un juez imparcial y, a veces, un jurado que se encarga de emitir un veredicto imparcial. En el ámbito del profesionalismo sanitario, no hay ni abogado de la parte contraria ni juez, y ni a los profesionales de la salud ni a los pacientes les agrada que los haya. Por lo tanto, la ética asistencial debe incluir las obligaciones de los médicos de asistir a cada paciente y a la comunidad para asegurar que los intereses de esta estén representados en las decisiones de salud que la afectan, a pesar de que este doble compromiso requiere que los médicos logren un equilibrio¹¹ en casos como el que se planteó anteriormente. Por otra parte, los daños a la sociedad se pueden producir cuando los médicos se equivocan al establecer el equilibrio, lo que es una lección del Holocausto.

Equilibrio de las obligaciones

Tal y como se describe en los códigos de ética profesional, en la jurisprudencia y en las directrices gubernamentales, los médicos se deben esforzar por prestar una atención de calidad a todos, por emplear con prudencia los recursos clínicos que se comparten y, cuando uno de nuestros pacientes representa un peligro importante, por ayudar a mantener la seguridad de las comunidades.^{13,14,15} Cabe mencionar que seguir lo que las autoridades estatales indican a los médicos no se encuentra entre estas obligaciones. Además, ya he argumentado que la disposición y la capacidad de los médicos (como en el caso de la enfermera Alex Wubbels¹⁶) para **enfrentarse a un agente estatal** que les solicite hacer algo que vaya en contra de los valores éticos fundamentales de sus profesiones pueden suponer un gran beneficio social.¹⁷

Pero estar dispuesto o ser capaz de enfrentarse a las autoridades estatales no siempre ayuda a los médicos a equilibrar sus obligaciones con cada paciente y con las comunidades.¹¹ ¿Qué criterios se deberían aplicar para orientar las decisiones sobre qué obligaciones tienen los médicos con quién y cuándo? Se requiere orientación sobre cuándo una acción en contra de los intereses de un paciente concreto sería aceptable desde el punto de vista ético para proteger a una comunidad. Esta orientación existe para algunos tipos de casos específicos, como violar la confianza del paciente al notificar sobre enfermedades infecciosas¹⁸ o cuando **se limitan las libertades individuales** para aplicar una cuarentena necesaria.¹⁹ En general, hay un argumento más sólido para que los profesionales de la salud actúen en contra de los intereses de un paciente concreto con el fin de proteger a una comunidad bajo cinco condiciones, que constituyen los criterios para llevar a cabo dicha acción.

Criterios

Peligro inminente. Cuando el peligro es inminente, los procedimientos de urgencia, incluidos los que podrían perjudicar a los pacientes concretos, se justifican con más facilidad. Si el daño potencial para una comunidad surge en un futuro lejano, hay tiempo para probar otros tipos de procedimientos primero, por lo que se deben presentar más razones o razones más sólidas para justificar la acción del médico que podría perjudicar a un paciente concreto. Para el Dr. D, el peligro que corre la población no es inminente, ya que el riesgo de que el Sr. P sufra una AGT recurrente a corto plazo es bajo.

Certeza y gravedad del daño a la población. Si el daño a la comunidad es cierto y será grave, hay un argumento más sólido para que un médico realice una acción que podría perjudicar a un paciente concreto. Para el Dr. D, la gravedad del daño podría ser alta si el Sr. P padece otro acontecimiento, pero las probabilidades de que esto ocurra son bajas.

Daño potencial mínimo para un paciente. Si el daño al paciente concreto de un médico es mínimo en comparación con el daño a la población que se generaría si el médico no actuara, existe un argumento más sólido para proceder. Si el Dr. D notificara al Sr. P, el daño sería significativo.

Identificabilidad. Si se puede identificar a una persona, un lugar o una comunidad potencialmente perjudicados, existe un argumento más sólido para actuar a diferencia de si no está claro quién, si es que hay alguien, podría resultar perjudicado. En el caso del Dr. D, no hay ninguna persona o lugar identificable que corra peligro por el hecho de que el Sr. P siga conduciendo.

Probabilidad de prevención del daño. Existe un argumento más sólido para hacer algo que podría perjudicar a una persona si hay más certeza de que esa acción previene el daño. El paciente del Dr. D representa un riesgo bajo para la comunidad, por lo que no es del todo cierto que un procedimiento de notificación reduzca el daño a la comunidad.

Se podría explicar más sobre cada uno de estos criterios, y es posible que otros factores sean importantes en casos diferentes, pero estos criterios proporcionan una orientación general para equilibrar las obligaciones de los médicos con las personas y las comunidades. Estos criterios también se pueden aplicar para ayudar a explicar cuándo, por ejemplo, los médicos deben actuar para aislar a los pacientes sintomáticos o asintomáticos que se sabe que son portadores de enfermedades contagiosas y que suponen un riesgo importante para la población.¹⁹

Conclusión

En primer lugar, los profesionales de la salud están **obligados a defender** a cada uno de sus pacientes, pero también están obligados a actuar para proteger a la población. Para equilibrar estas obligaciones, no basta con cumplir una ley, con obedecer a una figura de autoridad sin importar lo que suceda, ni con declarar que los médicos deben poner siempre a sus pacientes en primer lugar. Por el contrario, se trata de asegurar que, siempre que surjan desafíos a los valores fundamentales de los profesionales de la salud, se tengan en cuenta los criterios expuestos de forma transparente y se deliberen detenidamente. Como nos recuerda el Holocausto, la obediencia ciega a la autoridad estatal no es un valor de los profesionales de la salud.

References

1. Jan K, Chuin S. A case of recurrent transient global amnesia: don't forget the hippocampal punctuate diffusion restriction. *Oxf Med Case Reports*. 2018;2018(6):omy025.
2. Marazzi C, Scoditti U, Ticinesi A, et al. Transient global amnesia. *Acta Biomed*. 2014;85(3):229-235.
3. Jäger T, Bänzner H, Kliegel M, Szabo K, Hennerici MG. The transience and nature of cognitive impairments in transient global amnesia: a meta-analysis. *J Clin Exp Neuropsychol*. 2009;31(1):8-19.
4. Uttner I, Weber S, Freund W, Schmitz B, Ramspott M, Huber R. Transient global amnesia—full recovery without persistent cognitive impairment. *Eur Neurol*. 2007;58(3):146-151.
5. Cvriskcalculator. Heart Risk Calculator. Accessed February 23, 2020. <http://www.cvriskcalculator.com/calculated?age=76&gender=1&race=0&total-cholesterol=150&hdl=50&sbp=140&dbp=80&treated=1&diabetes=1&smoker=0>
6. Hodges JR, Warlow CP. Syndromes of transient amnesia: towards a classification. A study of 153 cases. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1990;53(10):834-843.
7. Agimi Y, Albert SM, Youk AO, Documet PI, Steiner CA. Mandatory reporting of at-risk drivers: the older driver example. *Gerontologist*. 2018;58(3):578-587.
8. Elgar NJ, Esterman AJ, Antic NA, Smith BJ. Self-reporting by unsafe drivers is, with education, more effective than mandatory reporting by doctors. *J Clin Sleep Med*. 2016;12(3):293-299.
9. Miles SH. *The Torture Doctors: Human Rights Crimes and the Road to Justice*. Georgetown University Press; 2020.

10. Hassan C, Bothelo G. \$1.6 million settlement for man forced by cops to have enemas, colonoscopy. *CNN*. January 16, 2014. Accessed May 7, 2020. <https://www.cnn.com/2014/01/16/justice/new-mexico-search-settlement/index.html>
11. Wynia MK. The short history and tenuous future of medical professionalism: the erosion of medicine's social contract. *Perspect Biol Med*. 2008;51(4):565-578.
12. American Bar Association. Rule 1.7: Conflict of interest: current clients. *Model Rules of Professional Conduct*. Accessed June 16, 2020. https://www.americanbar.org/groups/professional_responsibility/publications/model_rules_of_professional_conduct/rule_1_7_conflict_of_interest_current_clients/
13. Scheper A. AMA Code of Medical Ethics' opinions related to organizational influence in health care. *AMA J Ethics*. 2020;22(3):E217-220.
14. *Tarasoff v Regents of University of California*, 13 Cal 3d 177 (1974).
15. National Highway Transportation Safety Administration, US Department of Transportation. *Physician's Guide to Assessing and Counseling Older Drivers*. Chapter 7: Legal and ethical responsibilities of the physician. Accessed June 16, 2020. <https://one.nhtsa.gov/people/injury/olddrive/olderdriversbook/pages/Chapter7.html#Anchor-6%20DiMa-55739>
16. Utah nurse gets \$500,000 in blood arrest row. *BBC News*. November 1, 2017. Accessed August 28, 2020. <https://www.bbc.com/news/world-us-canada-41827040>
17. Wynia MK. Civic obligations in medicine: does "professional" civil disobedience tear, or repair, the basic fabric of society? *Virtual Mentor*. 2004;6(1):30-32.
18. American Medical Association. Opinion 3.2.1 Confidentiality. *Code of Medical Ethics*. Accessed May 7, 2020. <https://www.ama-assn.org/delivering-care/ethics/confidentiality>
19. Wynia MK. Ethics and public health emergencies: restrictions on liberty. *Am J Bioeth*. 2007;7(2):1-5.

Matthew K. Wynia, MD, MPH es profesor de medicina y salud pública en la Facultad de Medicina de la Universidad de Colorado en Aurora y director del Centro de Bioética y Humanidades de la Universidad de Colorado, ubicado en el Campus del Centro Médico Anschutz.

Nota del editor

El caso al que responde este comentario fue desarrollado por el personal editorial.

Cita

AMA J Ethics. 2021;23(1):E6-11.

DOI

10.1001/amajethics.2021.6.

Información de conflictos de intereses

El/los autor(es) no tienen conflictos de intereses que informar.

Las personas y los eventos de este caso son ficticios. La semejanza con eventos reales o a nombres de personas, vivas o fallecidas, es mera coincidencia. Los puntos de vista expresados en este artículo y los del/los autor(es) no reflejan necesariamente las opiniones y políticas de la AMA.

Copyright 2021 American Medical Association. Todos los derechos reservados.
ISSN 2376-6980