



Revista Bioética

ISSN: 1983-8042

bioetica@portalmedico.org.br

Conselho Federal de Medicina

Brasil

Marques Filho, José; Saad Hossne, William  
Relação médico-paciente nos pareceres-consultas enviados ao Cremesp  
Revista Bioética, vol. 25, núm. 2, 2017, pp. 371-381  
Conselho Federal de Medicina  
Brasília, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361552153018>

- Como citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

# Relación médico-paciente en los dictámenes-consultas enviados al Consejo Regional de Medicina

José Marques Filho<sup>1</sup>, William Saad Hossne<sup>2</sup>

## Resumen

Este estudio tuvo como objetivo evaluar, a la luz de la Bioética, la frecuencia y las características de los dictámenes-consultas del Conselho Regional de Medicina (Consejo Regional de Medicina) del Estado de São Paulo atinentes a la relación médico-paciente. La muestra se basó en los dictámenes-consultas publicados en el sitio del Consejo Regional relativos a los descriptores “relación médico-paciente”, “bioética”, “bioéticas”, “bioético”, “bioéticos” y “ética médica”. Se encontraron 5.012 dictámenes-consultas, siendo 2.717 (54,2%) relativos al descriptor “ética médica”, 111 (2,21%) relativos a los descriptores “bioética-bioéticas-bioético-bioéticos” y 163 (3,25%) relativos al descriptor “relación médico-paciente”. Se concluye que la frecuencia de dictámenes-consultas relacionados con la bioética y con la relación médico-paciente es relativamente pequeña cuando se la compara con los relativos a la Ética Médica, y que existe un predominio de aspectos deontológicos y administrativos en los dictámenes-consultas centrados en la relación médico-paciente en comparación con los aspectos bioéticos. Por otra parte, los dictámenes-consultas y las publicaciones de este Consejo Regional tuvieron influencia en las resoluciones del Conselho Federal de Medicina (Consejo Federal de Medicina) y en la actualización del Código de Ética Médica.

**Palabras clave:** Relación médico-pacientes. Ética médica. Bioética. Legislación como asunto.

## Resumo

### Relação médico-paciente nos pareceres-consultas enviados ao Cremesp

Este estudo teve como objetivo avaliar, à luz da bioética, a frequência e as características dos pareceres-consultas do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo atinentes à relação médico-paciente. A amostra baseou-se nos pareceres-consultas publicados no site do conselho regional relativos aos descritores “relação médico-paciente”, “bioética”, “bioéticas”, “bioético”, “bioéticos” e “ética médica”. Foram encontrados 5.012, sendo 2.717 (54,2%) relativos ao descritor “ética médica”, 111 (2,21%) aos descritores “bioética”, “bioéticas”, “bioético”, “bioéticos” e 163 (3,25%) ao descritor “relação médico-paciente”. Conclui-se que a frequência dos relacionados à bioética e à relação médico-paciente é pequena quando comparada aos relacionados à ética médica, e que há predominio de aspectos deontológicos e administrativos nos pareceres-consultas centrados na relação médico-paciente quando comparados aos aspectos bioéticos. Além disso, os pareceres-consultas e publicações desse conselho regional influenciaram resoluções do Conselho Federal de Medicina e a atualização do Código de Ética Médica.

**Palavras-chave:** Relação médico-pacientes. Ética médica. Bioética. Legislação como assunto.

## Abstract

### Doctor-patient relationship in consultation reports sent to the Regional Medicine Council

This study aimed to evaluate, in the context of bioethics, the frequency and characteristics of the opinion-consultations of the Conselho Regional de Medicina (Regional Medicine Council) of the state of São Paulo concerning the doctor-patient relationship. The sample was based on the opinion-consultations published on the Regional Council website relating to the descriptors “doctor-patient relationship”, “bioethics – bioethic – bioethical” and “medical ethics”. The total number of opinion-consultations identified was 5,012, of which 2,717 (54.2%) were related to the descriptor “medical ethics”, 111 (2.21%) were related to the descriptors “bioethics – bioethic – bioethical” and 163 (3.25%) were related to the descriptor “doctor-patient relationship”. It was concluded that the frequency of opinion-consultations related to bioethics and the doctor-patient relationship is relatively small when compared to the number of opinion-consultations related to medical ethics, and that there is a predominance of deontological and administrative aspects in the opinion-consultations focused on the doctor-patient relationship, in comparison with bioethic aspects. In addition, the opinion-consultations and publications of this Regional Council influenced Conselho Federal de Medicina (Federal Council of Medicine) resolutions and the updating of the Code of Medical Ethics.

**Keywords:** Doctor-patients relationship. Medical ethics. Bioethics. Legislation as topic.

1. **Doutor** filho.jm@bol.com.br – Centro Universitário São Camilo, São Paulo/SP, Brasil 2. **Doutor** wsaad@fmb.unesp.br – *in memoriam*.

## Correspondência

Clínica de Reumatologia – Rua Silva Jardim, 343, Centro CEP 16010-340. Araçatuba/SP, Brasil.

Declararam não haver conflito de interesse.

Además de ser responsables de la fiscalización exclusiva del ejercicio profesional de la actividad médica en Brasil, conferida por la Ley Federal 3.268 de 1957<sup>1</sup>, los consejos regionales y el Consejo Federal de Medicina (CFM) publican resoluciones, actos normativos exclusivos de las plenarios de esas autarquías federales, que tienen por finalidad regular temas de competencia privativa de esas entidades en sus áreas de alcance. No obstante, desde el inicio de sus actividades, el Consejo Federal y los consejos regionales de medicina han publicado dictámenes-consultas en razón de los crecientes conflictos éticos relacionados tanto con las nuevas técnicas diagnósticas y terapéuticas, como con la evolución de los derechos de los pacientes y los avances en las áreas de las humanidades.

En el ámbito federal, esta actividad fue regulada por la Resolución CFM 1.335/1989<sup>2</sup>; en el estado de São Paulo, fue regulada por la resolución del Consejo Regional de Medicina del estado de São Paulo (CREMESP) – Resolución CREMESP 223/2010<sup>3</sup> – la distribución de consultas para la elaboración de dictámenes sigue prácticamente la misma sistemática desde la creación de los consejos: el presidente de la regional, mediante resolución específica, delega la función de distribuir las consultas a los secretarios que, por su parte, las derivan por despacho a los consejeros de la regional o al coordinador de la cámara técnica relacionada con el tema central.

Después de ser elaborados, los dictámenes-consultas son sometidos a la aprobación de la cámara técnica, compuesta por, como mínimo, cinco miembros (delegados y consejeros). Las aprobaciones deben darse por unanimidad de los votos. En caso de que no se alcance la unanimidad, el dictamen-consulta se vuelve a presentar y se lo discute en la plenaria del CREMESP por parte del consejero relator, siendo votado y aprobado por la mayoría simple de los votos.

Aunque sólo está regulada oficialmente por la resolución publicada en 2010, la elaboración de dictámenes-consultas fue desarrollada por el CREMESP desde su creación, como lo muestran las obras “Ética médica” publicada en 1988<sup>4</sup>, y su versión de 1996<sup>5</sup>, además de los dictámenes-consultas publicados en la página web del CREMESP desde 1995<sup>6</sup>.

En Brasil, la transición de la ética médica hacia la bioética tuvo una participación importante del Consejo Federal de Medicina y de los consejos regionales. En las últimas décadas, el CFM ha tenido una gran importancia en la difusión de la bioética en Brasil, por medio de varias iniciativas pero, principalmente, por la “Revista Bioética”, publicada regularmente

desde 1993, siendo hoy el principal periódico de textos e investigaciones bioéticas en Brasil<sup>7</sup>.

En cuanto a los consejos regionales, el CREMESP fue el primero en crear la Cámara Técnica Interdisciplinaria de Bioética<sup>8</sup>. Al contrario de las demás cámaras técnicas del CREMESP, la cámara de bioética está formada por profesionales de diversas áreas, como enfermeros, filósofos, teólogos, abogados, entre otros. La cámara fue aprobada en la reunión plenaria 2.473, en julio de 2000, llevándose a cabo la primera reunión a finales del mes siguiente. Este colegiado, verdadero modelo de comité de bioética en nuestro país, tiene como principales funciones recibir consultas despachadas por los secretarios, emitir dictámenes y difundir temas de bioética en eventos y publicaciones en el campo de la bioética.

Debe destacarse la participación de la Cámara Técnica de Bioética del CREMESP en la publicación de la Resolución CFM 1.805/2006<sup>9</sup>, sobre terminalidad de la vida. Luego del “Foro sobre enfermedad terminal” organizado y realizado por la Cámara Técnica de Bioética en la sede del CREMESP en mayo de 2001, el tema fue mantenido en discusión en las reuniones de la cámara cerca de tres años. Para esas reuniones se invitó a juristas, teólogos, filósofos y otros profesionales con reconocido conocimiento sobre el asunto.

Esta actividad contribuyó a la elaboración del proyecto, enviado al CFM, que culminó en la citada Resolución CFM 1.805/2006<sup>9</sup> y fue publicada con pequeñas modificaciones en relación a la versión de la Cámara Técnica Interdisciplinaria del CREMESP. Otro punto que merece ser destacado es la publicación de “Cuidado paliativo”, obra pionera en Brasil organizada por el profesor Reynaldo Ayer de Oliveira, cuando era el coordinador de aquella cámara<sup>10</sup>. Esta fue la primera publicación técnica sobre el tema en nuestro país y tuvo una gran influencia para que el CFM incluyese oficialmente a la medicina paliativa como área de actuación médica<sup>11</sup>.

En las discusiones sobre terminalidad de la vida surgieron diversos puntos de conflictos éticos en relación a los cuidados paliativos, nueva área de actuación del médico. Luego de diversas reuniones para discutir este tema en la Cámara Técnica de Bioética, se decidió crear una comisión llamada “Grupo de Trabajo en Cuidados Paliativos del CREMESP”, cuya finalidad era la de profundizar las discusiones respecto de los cuidados ofrecidos a los enfermos en fase terminal de enfermedades graves e incurables.

Al final de los trabajos de esa comisión, se percibió que el volumen de datos técnicos y de literatura investigada, así como el conocimiento de

los miembros del grupo – profesionales de varias áreas con experiencia en relación a pacientes fuera de posibilidades terapéuticas –, merecería la publicación de un libro que englobase tanto los aspectos técnicos como los éticos de esta nueva área de actuación médica. Cabe registrar, finalmente, que la difusión de la bioética en Brasil realizada por el CREMESP también tuvo un gran impulso con la creación del Centro de Bioética<sup>12</sup>.

Ante esta historia de divulgación y construcción de la Bioética por parte del CREMESP en el estado de São Paulo y en Brasil, por medio de eventos, publicaciones, la creación pionera de una Cámara Técnica Interdisciplinaria de Bioética y del Centro de Bioética, se torna oportuno estudiar la frecuencia y las características de las consultas enviadas y de los dictámenes emitidos, procurando evaluar el impacto de las acciones del CREMESP en la profesión médica y en la sociedad en general, en cuanto a la bioética como un todo y, principalmente, en lo tocante a la relación médico-paciente.

Así, este estudio intentó evaluar, bajo el prisma de la bioética, las características de los dictámenes-consultas sometidos al CREMESP, así como la frecuencia de esos documentos considerando específicamente la relación médico-paciente, y destacar aquellos con valor histórico, doctrinario o con posible influencia en las resoluciones del CFM o en la actualización del Código de Ética Médica (CEM).

## Método

Se trata de un estudio retrospectivo con una técnica descriptiva y exploratoria, y de abordaje cuantitativo y cualitativo. El período escogido fue entre el 4 de febrero de 2002 y el 15 de abril de 2015, fecha de inicio de la publicación de los dictámenes-consultas en el sitio del CREMESP y fecha de recolección de datos de este estudio, respectivamente.

La investigación fue realizada en la página web del CREMESP en la sección “legislación”, *link* “buscar dictámenes”. Se utilizaron los siguientes descriptores, buscados en los textos de los dictámenes-consultas: “ética médica”, “relación médico-paciente”, “bioética”, “bioético”, “bioéticas” y “bioéticos”. El universo de este estudio se reporta al total de dictámenes-consultas publicados en la página web del CREMESP concernientes a la relación médico-paciente, siendo todos detalladamente analizados y clasificados en tres categorías:

- 1) deontológicos: cuando la mayor parte del contenido de la consulta y del dictamen tenía as-

pectos y requerimientos con predominancia deontológica, es decir, referidos al cumplimiento de cuestiones morales relacionadas a artículos del CEM;

- 2) bioéticos: cuando la mayor parte del contenido de la consulta y del dictamen presentaba aspectos relacionados con conflictos de valores, involucraba a pacientes y familiares y demandaba un análisis más reflexivo, con posibilidades de toma de posiciones diversas y con una potencial discusión más amplia;
- 3) administrativos: cuando la mayor parte del contenido de la consulta y del dictamen tenía aspectos con predominancia administrativa o burocrática.

Fueron seleccionados diez dictámenes-consultas atinentes a la relación médico-paciente y clasificados como “bioéticos”, utilizándose criterios de valor histórico, importancia doctrinaria en relación al asunto en cuestión, su posible influencia en las resoluciones promulgadas por el CFM o incluso su importancia para la actualización del CEM en 2009.

## Resultados

El total de dictámenes-consultas publicados en la página web del CREMESP en el período de este estudio fue de 5.012. Los dictámenes-consultas relacionados con el descriptor “ética médica” fueron 2.717 (54,2%); los relacionados con los descriptores “bioética, bioético, bioéticas y bioéticos” fueron 111 (2,21%) y los relacionados con el descriptor “relación médico-paciente” fueron 163 (3,25%).

Los dictámenes-consultas con el descriptor “relación médico-paciente” (total de 163) fueron clasificados de la siguiente manera: deontológicos → 129 dictámenes-consultas (79,1%); bioéticos → 30 dictámenes-consultas (18,4%); administrativos → 4 dictámenes-consultas (2,4%).

Entre los 30 dictámenes-consultas de la muestra, clasificados como “bioéticos”, fueron seleccionados por el primer autor los siguientes documentos, en orden cronológico de publicación, tomándose en consideración el valor histórico, el alcance doctrinario para el tema en cuestión o la posible influencia en las resoluciones publicadas por el CFM y en la actualización del CEM vigente: 1) Dictamen CREMESP 29299/1996 – Transfusión de sangre en un Testigo de Jehová; 2) Dictamen CREMESP 37267/1999 – Distanasia; 3) Dictamen CREMESP 105715/2004 – Autonomía del paciente; 4) Dictamen CREMESP

82406/2004 – Secreto profesional; 5) Dictamen CREMESP 84368/2007 – Limitación de procedimientos de enfermedades en fase final; 6) Dictamen CREMESP 90198/2010 – Comunicación de muerte a los familiares; 7) Dictamen CREMESP 124460/2010 – Documento de Consentimiento Libre e Informado en la práctica clínica; 8) Dictamen CREMESP 155608/2011 – conducta médica frente a abandono de seguimiento post-operatorio por parte del paciente; 9) Dictamen CREMESP 138679/2012 – Confidencialidad del historial médico; 10) Dictamen CREMESP 18688/2012 – Testamento vital. Al final, puede consultarse el anexo con la descripción de cada dictamen.

## Discusión

En las últimas cinco décadas, la ética médica tradicional presentó extraordinarias transformaciones debido a diversos factores, pero el surgimiento de la bioética y su desarrollo pueden ser considerados los de mayor impacto en este resultado. Abordando los Derechos Humanos en los códigos de ética médica brasileños, Martin<sup>23</sup> discutió acerca de esta profunda transformación propiciada por el uso de nuevos conceptos bastante influenciados por la bioética. Predomina actualmente la tendencia de formar profesionales de la salud capaces de asumir una postura mucho más acogedora, buscándose la apertura a nuevos desafíos, para que sean más responsables y solidarios en la construcción de una ética médica más consciente de la bioética y de los Derechos Humanos.

Esa transformación se refleja en la relación médico-paciente, que en este período se tornó mucho más compleja, bajo el impacto de algunos factores. Influyen en esta transformación aspectos dispares como el aumento de las consultas imputadas a cada profesional en los sistemas de salud, la consecuente aceleración en el ritmo de la anamnesis y del examen clínico, además de la creciente importancia de exámenes de laboratorio y de diagnóstico por imagen.

A estos factores se les suma el advenimiento de internet que, muchas veces, “informa” previamente al paciente sobre su posible diagnóstico, suscitando en algunos casos angustias y dudas infundadas. Finalmente, se puede considerar que contribuyó principalmente con esa transformación la incorporación de la referencia bioética de la autonomía, que le confirió al paciente el derecho de decidir sobre su cuerpo y sobre el tratamiento a ser administrado<sup>24</sup>.

El Consejo Federal y los consejos regionales de medicina, instituciones que hasta hace

algunas décadas atrás asumían posturas paternalistas y conservadoras, también se transformaron. Evidentemente, algunos consejos regionales tienen posiciones más conservadoras y otros, como el CREMESP, actúan de forma más coherente con la postura profesional pautada por la bioética.

A pesar de este reconocimiento, se cuestiona cuál sería el impacto práctico de esta acción del CREMESP en los profesionales que ejercen la medicina en el estado de São Paulo. Creemos que el impacto de las acciones de este consejo – en relación a la bioética en la práctica médica – en el estado puede ser evaluado, indirectamente, por ejemplo, a partir del contenido de las denuncias que recibe, implicando postulados con una fuerte connotación bioética, o a partir del análisis de las acciones de la promoción pública, buscando adecuar la práctica de las acciones médicas a los dictámenes-consultas publicados por el CREMESP.

Otra manera de conocer mejor esta situación sería estudiar la cantidad y el contenido de las consultas enviadas al CREMESP por parte de los médicos que practican la medicina en el estado, verificándose, principalmente, aspectos relacionados con temas de connotación bioética, como la relación médico-paciente. Nuestros datos demuestran que, a pesar de la inversión que el CREMESP ha realizado en el área de la bioética, con su consecuente reconocimiento de la sociedad y de las instituciones públicas, y el impacto en la medicina y en la formación médica, la demanda de consultas efectuadas por los profesionales médicos es relativamente pequeña, tanto en el área de la bioética como un todo como, particularmente, en la relación médico-paciente.

En esta compleja relación en constante transformación, aumentan los conflictos bioéticos – la propia bibliografía especializada así lo demuestra –, lo cual podría, teóricamente, conducir a un significativo aumento de la demanda de consultas enviadas al CREMESP. No obstante, los resultados encontrados en este estudio no confirman esa expectativa.

Llama la atención la gran cantidad de dictámenes-consultas publicados en la página web del CREMESP – 5.012, en total –, demostrando que este instrumento es bastante utilizado por los profesionales que ejercen la medicina en el estado de São Paulo, pero también por autoridades y por la sociedad en general. Es de esperar que aproximadamente la mitad de esas consultas sea relativa a la ética médica (54,2%), pues la responsabilidad del consejo federal y de los consejos regionales es justamente fiscalizar el ejercicio profesional y velar por el cumplimiento del código de ética profesional.



Sin embargo, no deja de ser sorprendente la pequeña cantidad de dictámenes-consultas en cuyo texto de consulta o respuesta constan los descriptores “bioética”, “bioético”, “bioéticas”, “bioéticos” – sólo el 2,1% del total, es decir, a pesar de que la discusión bioética haya sido asimilada, aun no es identificada como atinente a este campo. Evidentemente, cuando se busca dictámenes-consultas de diversos temas o asuntos – por ejemplo, aborto, cuidados paliativos, trasplantes, etc. –, encontramos preguntas y requerimientos de contenido compatible con la reflexión bioética; pero, en la mayoría, esos conflictos tienen un carácter mucho más deontológico y administrativo que bioético.

De la misma forma, llama la atención los escasos dictámenes-consultas en los cuales consta el descriptor “relación médico-paciente” – sólo el 3,25% del total de dictámenes-consultas. Además de eso, de los dictámenes-consultas relativos a la relación médico-paciente, sólo el 18,4% tenían un contenido compatible con reflexiones bioéticas respecto de conflictos de valores, mientras que la mayoría se trataba más bien de cuestiones de cuño deontológico y administrativo.

El cotejo de estos datos con los de otros consejos regionales y con los del propio CFM no puede ser realizado en este análisis, dada la inexistencia de investigaciones sistemáticas o de publicaciones con las mismas características que las de este estudio en nuestro país. Ni siquiera en la bibliografía internacional encontramos publicaciones para este tipo de comparación, dado que la mayoría de los países tiene sistemas diversos de instituciones que fiscalizan el ejercicio profesional. Aunque el CFM publique regularmente obras con dictámenes-consultas, éstas no disponen de análisis detallados de la frecuencia de los asuntos o temas<sup>25</sup>.

Algunas acciones y dictámenes-consultas del CREMESP influyeron, en cierta medida, en las resoluciones publicadas por el CFM, siendo que algunos tuvieron un gran impacto en la práctica médica en Brasil. Se verificó que un tema frecuente en las consultas enviadas al CREMESP está relacionado con la terminalidad de la vida y con enfermedades graves sin posibilidad de cura. En esta área, en particular, la influencia del CREMESP debe ser destacada, tanto en relación a la postura de la entidad en los dictámenes-consultas como en la actitud de promover eventos y discusiones sobre conceptos como “obstinación terapéutica” y “cuidados paliativos”.

Cabe destacar que los cambios en la última década en el área de atención médica a enfermedades graves e incurables fueron decisivos en nuestro

país. La Resolución CFM 1.805/2006<sup>9</sup> influyó significativamente en las reflexiones y discusiones realizadas por la Cámara Técnica Interdisciplinaria de Bioética del CREMESP. Sobre el asunto, vale destacar un fragmento del Dictamen CREMESP 37.267/1999, del profesor Marco Segre respecto del posicionamiento del CREMESP sobre la “obstinación terapéutica”:

*La situación descrita por la consultante se encuadra claramente en los casos en que el médico, interviniendo sobre el paciente, en la mayoría de los casos en ausencia o incluso en contra de la voluntad de éste y de sus familiares, pasa a asumir más la postura de un torturador que de un médico*<sup>14</sup>.

Nótese que esta postura del CREMESP fue publicada siete años antes de la publicación de la mencionada resolución del CFM<sup>9</sup>. E, incluso después de la publicación de la Resolución CFM, los dictámenes del CREMESP mantienen una postura doctrinaria en la misma línea de conducta, como demuestra el Dictamen CREMESP 84.368/2007:

*Como consta en la consulta, de hecho, la adopción de medidas de limitación de procedimientos y tratamientos que prolonguen la vida del enfermo en fase terminal, de una enfermedad grave e incurable, respetada la voluntad de la persona o de su representante legal, “tiene todo el amparo ético, moral y legal en Brasil”*<sup>17</sup>.

Estos dictámenes del CREMESP contribuyeron para implementar la medicina paliativa en Brasil, incluso para incluir en el actual CEM el permiso ético para la no inversión diagnóstica y terapéutica en los casos graves y fuera de posibilidades terapéuticas y de la inclusión de la obligatoriedad ética de los cuidados paliativos. No quedan dudas a los médicos que actúan hoy en el área de la medicina paliativa que la iniciativa del CREMESP de crear una comisión específica para estudiar la cuestión, con la consecuente publicación de la obra “Cuidado paliativo”<sup>10</sup>, fue el principal factor para que el CFM reconozca oficialmente esa medicina como área de actuación médica en Brasil.

En esa línea de razonamiento, puede citarse la contribución del Dictamen CREMESP 18.688/2012 a la Resolución CFM 1.995/2012<sup>26</sup>:

*Reconociendo que el paciente tiene derecho a una muerte digna, escogiendo cómo y dónde morir, rechazar o solicitar ciertos tratamientos, medicamentos e intervenciones, así como interrumpirlos, es jurídicamente posible disponerlo en un documento, tendiendo a asegurar la garantía constitucional*

de su libertad, incluso de conciencia. Pero no hay en el ordenamiento jurídico patrio ningún modelo, fórmula o previsión legal expresa de los marcos a orientarlo, sin embargo tampoco lo hay en sentido contrario, impidiendo su confección a la mínima de la previsión de trazos que deberá observar. Pero fundamentalmente, más que un documento con apelación a la formalidad (...)»<sup>22</sup>.

En Brasil, en el área de las directivas anticipadas de voluntad, podemos mencionar, por ejemplo, los estudios de Dadalto, Tupinambás y Greco<sup>27</sup> y de Nunes y Anjos<sup>28</sup>, pero los conflictos de valores relativos a esa temática aún son poco discutidos y publicados entre nosotros. Un aspecto que ha repercutido en la reflexión reciente sobre el tema en Brasil, considerando específicamente el medio jurídico, es la necesidad de la promulgación de una ley federal que regule el testamento vital, como ya ocurrió en diferentes países, incluyendo a Portugal y España. La postura del CREMESP<sup>22</sup> es tratar la directiva anticipada de voluntad como un documento esencialmente ético y como una consecuencia de la adecuada relación médico-paciente.

Aunque tenga aspectos jurídicos importantes, no debe ser visto como un mero documento, sino como una construcción ética de respeto a la voluntad del paciente en cada encuentro y, principalmente, en fases más avanzadas de enfermedades graves y fuera de posibilidades de cura. La postura adoptada por el CREMESP ha sido la de dar un marco adecuado a la Resolución CFM 1.995/2012<sup>26</sup>, según la realidad brasileña, inclusive al recomendar que las directivas anticipadas del paciente sean anotadas en el historial médico.

Por otro lado, la resolución citada hace un llamado de atención a los profesionales de salud en relación a la importancia de abordar el tema en las consultas y tratamientos médicos. Los pacientes con diagnóstico de enfermedad grave y progresiva deben ser estimulados a discutir sus valores y preferencias, principalmente en fases precoces de la enfermedad, pues la propia evolución y el agravamiento progresivo de sus funciones mentales pueden limitar seriamente su autonomía.

Algunos dictámenes del CREMESP tienen valor doctrinario, con una fuerte connotación bioética, como aquellos referidos a la defensa de la amplia autonomía tanto de los médicos como de los pacientes. El dictamen CREMESP 29.299/1996, uno de los pioneros en lo que concierne a la conducta médica frente a la negación de los pacientes “Testigos de Jehová” en cuanto a la transfusión de sangre, se

posiciona de forma clara en relación a la autonomía de los pacientes. El dictamen citado destaca que es innegable, y cada vez más aceptado por el Derecho brasileño, el derecho de quien quiera que sea a decidir sobre sí mismo, significando que la persona no puede ser forzada a aceptar ninguna conducta terapéutica, aunque, en la visión de terceros, esa conducta vaya a beneficiarla<sup>13</sup>.

Otro dictamen que puede ser considerado paradigmático para la defensa de la autonomía del paciente es el CREMESP 105715/2004, cuyo resumen define a un *paciente preso que rechaza el tratamiento de diálisis ofrecido, requiriendo transferencia de servicio. Mala adhesión al tratamiento. Rechazo de internación. Derecho de elección debe ser observado*<sup>15</sup>.

Se destaca además en este dictamen la postura doctrinaria en relación a la importancia de la relación médico-paciente: *Primeramente, se hace necesario mencionar que el individuo que se encuentra preso en función de una condena penal tiene parte de sus derechos suspendidos, como resultado automático de la privación de libertad*<sup>15</sup>. No obstante, el derecho del paciente mencionado a la elección del médico o del equipo médico que lo asistirá, aunque esté recluso, debe ser observado, dado que la relación médico-paciente no puede ser establecida de forma compulsoria. Se destaca, además, *que la autonomía del médico para aceptar la elección del paciente también debe estar garantizada*<sup>15</sup>.

La autonomía amplia para el paciente y para el médico también tiene aspectos bioéticos, como presenta el Dictamen CREMESP 155.608/2011, en el cual un cirujano plástico pregunta cómo proceder ante el abandono, por parte del paciente, del seguimiento post-operatorio. El dictamen se posiciona así: *Al médico cirujano le cabe el deber de utilizar todos los medios para llegar a sus objetivos, utilizando su pericia, prudencia, técnica, y respetar todos los dictámenes éticos de nuestra profesión*<sup>20</sup>. Toda y cualquier anotación médica debe ser debidamente adjuntada al historial, con todos los detalles, inclusive el hecho de que la paciente haya abandonado su seguimiento post-operatorio.

Se debe considerar, no obstante, que el abandono es un derecho de cualquier paciente. La estrategia de convocar al paciente por carta con “aviso de recepción” nos parece absurda. Establecer un plazo para la configuración del abandono sería incoherente de la misma forma, ya que *es de claridad meridiana que, si la paciente abandona un seguimiento, el cirujano dejará de tener responsabilidad sobre la misma, incluso por imposibilidad lógica de mantener la atención médica*<sup>20</sup>.

El secreto profesional y la protección de la privacidad del paciente son también temas frecuentes en las consultas realizadas al CREMESP. En el Dictamen CREMESP 82.406/2004, en respuesta a la cuestión del uso de marcas de colores en la tapa de los historiales médicos, de acuerdo con la patología del paciente, para facilitar la localización del documento, la postura del CREMESP es firme y objetiva: *el secreto profesional y la preservación de la privacidad de los pacientes son los pilares que sostienen esta singularísima relación profesional de médico-paciente. Así, nos parece absolutamente inadecuado, desde todo punto de vista, el uso de “marcas de colores” para identificar a un paciente con un diagnóstico determinado*<sup>16</sup>.

Esta misma postura doctrinaria de protección al secreto médico es mantenida en el Dictamen CREMESP 138.679/2012, que se refiere al acceso al historial médico de un paciente por parte de miembros de su familia: *La familia puede y debe ser informada, pero el compromiso primero del médico y del equipo es con la paciente, incluso en la protección de la privacidad de la misma. La familia debe ser informada de la referencia bioética del secreto profesional al que la paciente tiene derecho y que la familia podrá tener restricción de acceso al historial, si así fuera la voluntad de la paciente. Si fuera autorizado por la paciente, ese acceso debe ser permitido a los familiares*<sup>21</sup>.

La función y las responsabilidades del médico como coordinador del equipo multidisciplinario aparecen en varias consultas enviadas al CREMESP. La postura del regional paulista ha sido asegurar la importancia del médico como coordinador del equipo y su responsabilidad en la calidad de la asistencia médica, como muestra el Dictamen CREMESP 90.198/2010. En respuesta al interrogante de a quién le correspondería la responsabilidad de comunicar el diagnóstico o dar la noticia de fallecimiento, el dictamen deja claro cuál debe ser el papel del médico coordinador del equipo de salud:

*Entendemos que explicar un determinado resultado de examen, informar el diagnóstico, aclarar y responder a todas las dudas del paciente o de un familiar son acciones de competencia del médico, coordinador del equipo de salud, y mayor responsable de la calidad de atención al paciente. Particularmente en relación a la comunicación a los familiares de la muerte de un determinado paciente nos parece fundamental que sea dada por el principal responsable del equipo de salud, el médico; excepto en aquellos casos, por algún motivo particular, en que otro profesional pueda desempeñar de forma más adecuada, desde el punto de*

*vista profesional, esa costosa función. Esas excepciones siempre tomarán en cuenta la mejor conducta para aquella determinada situación*<sup>18</sup>.

Específicamente en relación al Documento de Consentimiento Libre e Informado (DCLI) en la práctica médica asistencial, los dictámenes-consultas del CREMESP recomiendan – lo que ha sido aceptado por los consejos regionales y el CFM – no tornarlo obligatorio en procedimientos diagnósticos o terapéuticos. Para este caso, el Dictamen CREMESP 124.460/2010 define la posición adoptada:

*Obligatoriamente deben constar en el historial médico las informaciones brindadas y el consentimiento del paciente. No encontramos razonable ni necesario obtener la firma del paciente para todo y cualquier procedimiento médico. Por otro lado, nada impide que el DCLI sea utilizado en determinados servicios o departamentos médicos para la realización de exámenes diagnósticos invasivos, cirugías y tratamientos más agresivos. No es posible que un director clínico dé la directiva haciendo obligatorio el DCLI para todos los procedimientos o determinados procedimientos*<sup>19</sup>.

Finalmente, en relación a los dictámenes-consultas que abordan la relación médico-paciente, la línea de orientación de los documentos analizados en el CREMESP han sido el absoluto respeto a la autonomía del médico y del paciente, el estímulo a la práctica del paternalismo benevolente<sup>29</sup> y a la decisión compartida<sup>30</sup>. Estos preceptos tornan la relación lo más simétrica posible, es decir, médico y paciente asumen las debidas responsabilidades, teniendo como telón de fondo la clásica *philia* hipocrática.

Se desprende del estudio que conceptos como “justa distancia”<sup>31</sup> – el punto ideal entre la autonomía del paciente y el paternalismo del médico en la relación médico-paciente –, la medicina narrativa<sup>32</sup>, basada en el relato autobiográfico del paciente, y los presupuestos de filósofos contemporáneos como Paul Ricoeur<sup>33</sup> (“el sufrimiento es, tal como el placer, el último reducto de la singularidad”) y Ortega y Gasset<sup>34</sup> (“yo soy yo y mi circunstancia”) deben ser más difundidos en la bibliografía bioética brasileña, para que sean incorporados a las currículas y a la formación profesional, y asimilados en las directrices y resoluciones de las instituciones de la profesión.

## Consideraciones finales

Al iniciar estas consideraciones parece importante mencionar una cuestión que no es el tema



del trabajo, pero que surge en el propio proceso de recolección de datos utilizados en él, que demuestra que el recorte metodológico adoptado para la realización del estudio es un aspecto que trasciende la simple aplicación de determinada metodología. Al sistematizar las informaciones se puede verificar que los dictámenes-consultas pueden indicar un valioso método para informar sobre los principales interrogantes de los profesionales, señalando las cuestiones que deben ser debatidas en los foros de los consejos y organizaciones de las profesiones.

Ante los hechos históricos aquí presentados, del pionerismo del CREMESP en relación a la creación de la Cámara Técnica Interdisciplinaria de Bioética, del Centro de Bioética y de las publicaciones en el área de la bioética, además del contenido de las consultas enumeradas en este estudio, se puede afirmar que el consejo ha participado en la construcción y en la implementación de este nuevo campo del saber humano en nuestro país, más precisamente en el estado de São Paulo. Los datos recogidos en este estudio, por otro lado, demuestran que las cuestiones deontológicas y administrativas aun predominan en las solicitudes de consulta.

Ciertamente son muy diversos los factores y las causas para la permanencia del foco en aspectos normativos y operativos. No obstante, no se puede dejar de citar por lo menos dos de los principales – la tradición brasileña, desde la segunda mitad del siglo pasado, de que la disciplina de deontología médica sea dictada por profesores ligados a la medicina legal y, tal vez, el más importante, la falta, en la actualidad, de disciplinas de bioéticas en las carreras de

grado y posgrado en nuestras facultades de medicina. Considérese además que, incluso en los casos de las carreras e instituciones en las cuales la disciplina es dictada, hay un nítido sesgo deontológico, que desvirtúa el contenido de la reflexión bioética y fragiliza las posibilidades de formación y crítica despertadas por este campo del conocimiento.

La ausencia de la disciplina bioética en las carreras de grado del área de la salud, considerando aquí principalmente a la medicina, es una cuestión relevante que debe ser enfrentada en los próximos años. El sostenimiento de programas de posgrado *lato y strictu sensu* en bioética se presenta como un designio fundamental para aumentar el número de profesionales con una adecuada formación en este nuevo campo del saber humano. En este sentido, implantar comités de bioética en las instituciones hospitalarias, podrá difundir la importancia de la reflexión bioética a los profesionales que actúan en la atención a los pacientes, aunque no estén ligados al campo académico.

Finalmente, cabe considerar que la creación de Centros de Bioética en otros consejos regionales de medicina, así como la implementación de Cámaras Técnicas Interdisciplinarias de Bioética, también contribuye a aumentar la masa crítica de profesionales preparados para actuar y difundir la bioética entre las diferentes áreas del saber. Además de impulsar la formación y la constante capacitación profesional, estas instancias pueden contribuir a difundir la bioética, consolidando la reflexión propuesta por este campo y así estimular la conquista de la ciudadanía por parte de toda la sociedad brasileña.

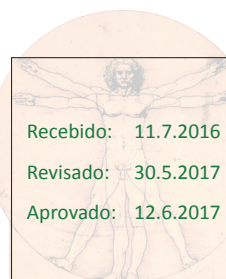
## Referências

1. Brasil. Lei nº 3.268, de 30 setembro de 1957. Dispõe sobre os conselhos de medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília; p. 23013, 1º out 1957. Seção 1.
2. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.335, de 11 de novembro de 1989. Diário Oficial da União. Brasília; p. 21468, 23 nov 1989. Seção 1.
3. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Resolução Cremesp nº 223, de 31 de agosto de 2010. Dispõe sobre os requisitos de admissibilidade para recebimento e resposta às Consultas formuladas, bem como acerca do trâmite para elaboração de Pareceres da Câmara de Consultas do Cremesp. Diário Oficial do Estado de São Paulo. São Paulo; p. 144, 29 set 2010. Seção 1.
4. Papaléo Netto M, organizador. Ética médica. São Paulo: Cremesp; 1988.
5. Pereira Filho A, organizador. Ética médica. São Paulo: Cremesp; 1996.
6. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Pareceres [Internet]. [s.d.] [acesso 5 maio 2015]. Disponível: <http://bit.ly/2rWC3yZ>
7. Moura Fé IA. Apresentação. Bioética. 1993;1(1):1-2.
8. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Portaria Cremesp nº 3, de 29 de abril de 1997. Câmara de apreciação de pareceres. São Paulo: Cremesp; 1997. [acesso 5 maio 2015]. Disponível: <http://bit.ly/2rVYSEz>
9. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.805, de 9 de novembro de 2006. Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente. Diário Oficial da União. Brasília; p. 169, 28 nov 2006. Seção 1.

10. Oliveira RA, coordenador. Cuidado paliativo. São Paulo: Cremesp; 2008.
11. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.973, de 14 de julho de 2011. Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM nº 1.845/2008. Diário Oficial da União. Brasília; p. 144-7, 1º ago 2011. Seção 1.
12. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Resolução nº 101, de 29 de janeiro de 2002. Cria centro de bioética do Cremesp e dá outras providências. Diário Oficial do Estado de São Paulo. São Paulo; n. 24, p. 63, 6 fev 2002. Seção 1.
13. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer Cremesp nº 29.299/1996. Legalidade da transfusão de hemoderivados em paciente testemunha de Jeová [Internet]. 1996 [acesso 5 maio 2015]. Disponível: <http://bit.ly/2sx7nVP>
14. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer Cremesp nº 37.267/1999. Médica que recebe autorização de familiares para não intubar paciente de 78 anos com neoplasia maligna metastática sem resposta ao tratamento habitual [Internet]. 1999 [acesso 5 maio 2015]. Disponível: <http://bit.ly/2thlpXn>
15. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer Cremesp nº 105.715/2004. Paciente preso insatisfeito com tratamento proposto [Internet]. 2004 [acesso 5 maio 2015]. Disponível: <http://bit.ly/2sooR7l>
16. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer Cremesp nº 82.406/2004. Utilização de tarjas coloridas na capa dos prontuários médicos conforme a patologia do paciente [Internet]. 2006 [acesso 5 maio 2015]. Disponível: <http://bit.ly/2s6zj0h>
17. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer Cremesp nº 84.368/2007. Mãe de paciente menor, através de pedido expresso, informa que é contra qualquer tipo de reanimação, por parte da equipe médica, em sua filha, caso haja alguma intercorrência [Internet]. 2009 [acesso 5 maio 2015]. Disponível: <http://bit.ly/2thSvrb>
18. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer Cremesp nº 90.198/2010. Acerca de comunicação ao paciente de um diagnóstico recém concluído ou mesmo o caso de óbito, é de responsabilidade de qual profissional: o médico, o psicólogo ou enfermeiro? [Internet]. 2010 [acesso 5 maio 2015]. Disponível: <http://bit.ly/2rnwQrV>
19. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer Cremesp nº 124.460/2010. Se o Diretor Clínico pode tornar obrigatório o preenchimento do formulário sobre consentimento informado aos profissionais médicos da instituição [Internet]. 2010 [acesso 5 maio 2015]. Disponível: <http://bit.ly/2thvp4b>
20. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer Cremesp nº 155.608/2011. Sobre como atestar, de maneira legal e ética, o abandono de tratamento por parte do paciente [Internet]. 2012 [acesso 5 maio 2015]. Disponível: <http://bit.ly/2thJO05>
21. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer Cremesp nº 138.679/2011. Família frequentemente questiona tratamento dispensado a paciente internada com quadro grave de saúde [Internet]. 2012 [acesso 5 maio 2015]. Disponível: <http://bit.ly/2redzOB>
22. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Parecer Cremesp nº 18.688/2012. Sobre a desobrigação dos médicos em prolongar a vida de pacientes terminais [Internet]. 2012 [acesso 5 maio 2015]. Disponível: <http://bit.ly/2sjQY6Q>
23. Martin LM. Os direitos humanos nos códigos brasileiros de ética médica: ciência, lucro e compaixão em conflito. São Paulo: Loyola; 2002.
24. Marques Filho J, Hossne WS. A relação médico-paciente sob a influência do referencial bioético da autonomia. Rev. bioét. (Impr.). 2015;23(2):304-10.
25. Conselho Federal de Medicina. Pareceres. Brasília: CFM; 1998.
26. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1995, de 9 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Diário Oficial da União. Brasília; p. 269-70, 31 ago 2012. Seção 1.
27. Dadalto L, Tupinambás U, Greco DB. Diretivas antecipadas de vontade: um modelo brasileiro. Rev. bioét. (Impr.). 2013;21(3):463-76.
28. Nunes MI, Anjos MF. Diretivas antecipadas de vontade: benefícios, obstáculos e limites. Rev. bioét. (Impr.). 2014;22(2):241-51.
29. Pellegrino ED, Thomasma DC. For the patient's good: the restoration of beneficence in health care. New York: Oxford University Press; 1988.
30. Godolphin W. Shared decision-making. Healthc Q. 2009;12:186-90.
31. Qualtere-Burcher P. The just distance: narrativity, singularity, and relationality as the source of a new biomedical principle. J Clin Ethics. 2009;20(4):299-309.
32. Charon R. Narrative medicine: honoring the stories of illness. Nova York: Oxford University Press; 2008.
33. Ricoeur P. Tempo e narrativa. São Paulo: Martins Fontes; 2011. vol III.
34. Ortega y Gasset J. Meditações do Quixote. São Paulo: Lial; 1967.

#### Participación de los autores

Los autores participaron conjuntamente de la elaboración del artículo.



## Anexo

## Página web de la búsqueda

www.cremesp.org.br

### 1) Dictamen CREMESP 29.299/1996 13 – Transfusión de sangre en un Testigo de Jehová

Consulta: Los doctores VDVF y PJF solicitan dictamen del CREMESP en relación a las siguientes indagaciones:

- 1) Si hay impedimento para la transfusión de hemoderivados en paciente "Testigo de Jehová";
- 2) ¿Cuál es la responsabilidad del médico asistente y del médico hemoterapeuta en el caso en cuestión en cuanto a la administración de la transfusión como único método de tratamiento de emergencia de la anemia del paciente en el caso presentado?

Resumen: es innegable, y cada vez más aceptado por el Derecho brasileño, el derecho de quien quiera que sea a decidir sobre sí mismo, significando que la persona no puede ser forzada a aceptar ninguna conducta terapéutica, aunque, en la visión de terceros, esa conducta vaya a beneficiarla.

### 2) Dictamen CREMESP 37.267/1999 14 – Distanasia

Consulta: Actitud que debe tomar como médica acerca de paciente de 78 años con neoplasia maligna metastásica sin respuesta al tratamiento habitual, tras autorización verbal de los familiares para no intubar, en franca evolución hacia insuficiencia respiratoria.

Resumen: La situación descrita por la consultante se encuadra claramente en los casos en que el médico, interviniendo sobre el paciente, en la mayoría de los casos en ausencia o incluso en contra de la voluntad de éste y de sus familiares, pasa a asumir más la postura de un torturador que de un médico.

### 3) Dictamen CREMESP 105.715/2004 15 – Autonomía del paciente

Consulta: La Dra. SBS., en calidad de médica responsable técnica de servicio de nefrología y diálisis, solicita dictamen acerca de las providencias posibles, ante la manifestación de un paciente preso, dando cuenta de su insatisfacción con el tratamiento ofrecido, así como solicitando transferencia del respectivo servicio médico. Luego de breve exposición de los hechos, donde consta inclusive rechazo de internación por parte del paciente y mala adhesión al tratamiento, la consultante le pregunta a este CREMESP acerca de la posición que debe adoptar.

Resumen: paciente preso que rechaza el tratamiento de diálisis ofrecido, requiriendo transferencia de servicio. Mala adhesión al tratamiento. Rechazo de internación. Derecho de elección debe ser observado.

### 4) Dictamen CREMESP 82.406/04 16 – Secreto profesional

Consulta: Si se permite la utilización de marcas de colores en la tapa de los historiales médicos, conforme la patología do paciente, con la intención de facilitar la localización de los historiales; y si la Comisión de Revisión de Historiales tiene el poder de interferir en esta situación o si es sólo un órgano consultivo.

Resumen: El secreto profesional y la preservación de la privacidad de los pacientes son los pilares que sostienen esta singularísima relación profesional de médico-paciente. Así, nos parece absolutamente inadecuado, desde todo punto de vista, el uso de "marcas de colores" para identificar a un paciente con un diagnóstico determinado.

### 5) Dictamen CREMESP 84.368/2007 17 – Limitación de procedimientos de enfermedades en fase final

Consulta: Madre de paciente menor, a través de pedido expreso, informa que está en contra de cualquier tipo de reanimación, por parte del equipo médico, en su hija, en caso de que haya alguna complicación. La niña presenta agravamiento neurológico irreversible relacionado con la enfermedad de base con posibilidad de dependencia de ventilación pulmonar mecánica.

Resumen: Como consta en la consulta, de hecho, la adopción de medidas de limitación de procedimientos y tratamientos que prolonguen la vida del enfermo en fase terminal, de una enfermedad grave e incurable, respetada la voluntad de la persona o de su representante legal, "tiene todo el amparo ético, moral y legal en Brasil"

### 6) Dictamen CREMESP 90.198/2010 18 – Comunicación de muerte a los familiares

Consulta: Acerca de comunicación al paciente de un diagnóstico recién concluido o incluso en caso de fallecimiento, ¿es responsabilidad de cuál profesional: el médico, el psicólogo o el enfermero?

Resumen: Entendemos que explicar un determinado resultado de examen, informar el diagnóstico y el pronóstico, aclarar y responder a todas las dudas del paciente o de un familiar son acciones de competencia del médico, coordinador del equipo de salud, y mayor responsable de la calidad de atención al paciente. Particularmente en relación a la comunicación a los familiares de la muerte de un determinado paciente nos parece fundamental que sea dada por el principal responsable del equipo de salud, el médico; excepto en aquellos casos, por algún motivo particular, en que otro profesional pueda desempeñar de forma más adecuada, desde el punto de vista profesional, esa costosa función. Esas excepciones siempre tomarán en cuenta la mejor conducta para aquella determinada situación.

**7) Dictamen CREMESP 124.460/2010 19 – Documento de consentimiento libre e informado en la práctica clínica**

Consulta: *Si el director clínico puede tornar obligatorio completar el formulario sobre consentimiento informado para los profesionales médicos de la institución.*

Resumen: *Obligatoriamente deben constar en el historial médico las informaciones brindadas y el consentimiento del paciente. No encontramos razonable ni necesario obtener la firma del paciente para todo y cualquier procedimiento médico. Por otro lado, nada impide que el DCLI sea utilizado en determinados servicios o departamentos médicos para la realización de exámenes diagnósticos invasivos, cirugías y tratamientos más agresivos. No es posible que un director clínico dé la directiva haciendo obligatorio el DCLI para todos los procedimientos o determinados procedimientos.*

**8) Dictamen CREMESP 155.608/2011 20 – Conducta médica frente al abandono de seguimiento post-operatorio por parte del paciente**

Consulta: *Sobre cómo probar, de manera legal y ética, el abandono de tratamiento por parte del paciente.*

Resumen: *Cumpliendo todos los deberes establecidos, además de mantener una relación respetuosa y educada con sus pacientes, el médico difícilmente será víctima de cualquier maniobra antiética por parte de su paciente. Si incluso actuando correctamente el médico fuera víctima de una maniobra antiética e inmoral por parte de su paciente, nuestros tribunales, en pleno estado de derecho, ciertamente punirán a los culpables en los inevitables pleitos éticos y judiciales a los que todos quienes ejercemos el arte hipocrático estamos sujetos.*

**9) Dictamen CREMESP 138.679/2012 21 – Secreto de historial médico**

Consulta: *Familia frecuentemente cuestiona el tratamiento ofrecido a la paciente internada con cuadro grave de salud. Equipo médico desea orientación en cuanto al seguimiento del caso, y si la paciente falleciera, el médico asistente del momento deberá firmar el certificado de defunción o deberá derivarlo al Servicio de Verificación de Óbito (SVO).*

Resumen: *El médico asistente, responsable de la paciente y líder del equipo multiprofesional, debe ser el responsable de relacionarse con la paciente, buscando siempre el mejor interés de ella. Tiene el compromiso y el deber de vigilancia, de información y de obtener el consentimiento para todos los actos practicados. La familia puede y debe ser informada, pero el compromiso primero del médico y del equipo es con la paciente, incluso en la protección de la privacidad de la misma. La familia debe ser informada de la referencia bioética del secreto profesional al que la paciente tiene derecho y que la familia podrá tener restricción de acceso al historial, si así fuera la voluntad de la paciente. Si fuera autorizado por la paciente, ese acceso debe ser permitido a los familiares. Si la paciente, por cualquier motivo perdiera totalmente o parcialmente su autonomía, y el médico asistente la considerara incapaz de tomar decisiones autónomas, debe verificar quién puede representarla junto al equipo e informar y discutir las propuestas terapéuticas con esa persona.*

**10) Dictamen CREMESP 18.688/2012 22 – Testamento vital**

Consulta: *Sobre la desobligación de los médicos de prolongar la vida de pacientes terminales.*

Resumen: *Reconociendo que el paciente tiene derecho a una muerte digna, escogiendo cómo y dónde morir, rechazar o solicitar ciertos tratamientos, medicamentos e intervenciones, así como interrumpirlos, es jurídicamente posible disponerlo en un documento, tendiendo a asegurar la garantía constitucional de su libertad, incluso de conciencia. Pero no hay en el ordenamiento jurídico patrio ningún modelo, fórmula o previsión legal expresa de los marcos a orientarlo, sin embargo tampoco lo hay en sentido contrario, impidiendo su confección a la mínima de la previsión de trazos que deberá observar. Pero fundamentalmente, más que un documento con apelación a la formalidad, deberá ser el resultado de un proceso que involucre a paciente, familiares, médicos asistentes, la fe religiosa, construido con la concientización de todos acerca de nuestra voluntad y nuestros deseos, con respecto a las individualidades, y reflexionado con la comprensión de nuestra finitud.*