

La ética médica en tiempo de paz y de guerra: argumentos en favor de una mejor comprensión

Vivienne Nathanson

Vivienne Nathanson obtuvo su diploma de medicina en la Universidad de Londres en 1978. Es directora de Actividades Profesionales de la *British Medical Association* y responsable de salud pública, derechos humanos, ética médica, asuntos internacionales y formación médica, entre muchas otras áreas. Es una escritora prolífica, autora de capítulos de obras y de recursos de formación en línea sobre ética, derechos humanos y salud pública. También brinda numerosas conferencias en esas áreas. Actualmente, es profesora honoraria en la *School for Health* de la Universidad de Durham.

Recientemente se la convocó para dar su testimonio como experta en el marco de la investigación pública sobre el fallecimiento de Baha Mousa, ocurrido durante su detención por parte del ejército británico y de la investigación pública sobre el uso de productos a base de sangre contaminada en Escocia (Investigación Penrose).

Resumen

En cada intervención clínica que realizan, los profesionales de la salud deben tomar decisiones y se enfrentan a dilemas éticos. En situación de conflicto armado, las decisiones pueden ser diferentes y las circunstancias pueden generar tensiones éticas. Este artículo analiza las tensiones en tiempo de paz y de conflicto armado y las situaciones con las que se encuentran los médicos y los demás profesionales de la salud. También examina el marco de decisión ética y la función de la comunicación, tanto en los tratamientos clínicos como en el análisis ético.

Palabras clave: dilema ético, análisis ético, toma de decisiones, consentimiento, confidencialidad, comunicación, confianza.

En todo el mundo, los profesionales de la salud siguen los mismos códigos y principios éticos, que fueron elaborados para proteger a los pacientes de los abusos y dar un marco a las decisiones que estos profesionales deben tomar. Para garantizar su cumplimiento, incluso en las situaciones más difíciles, es esencial una correcta comprensión general de la naturaleza de esas normas y su universalidad por parte de toda la comunidad, en particular de quienes que desempeñan funciones de poder y autoridad.

Cualesquiera sean las circunstancias, la práctica clínica plantea dilemas éticos a los médicos, el personal de enfermería y los demás profesionales de la salud que atienden a los pacientes, así como a aquellos que organizan la prestación de la asistencia. A lo largo de los siglos, se redactaron muchos textos sobre ética médica; la última mitad del siglo XX y los comienzos del siglo XXI produjeron una colección particularmente rica de nuevos documentos sobre el tema¹. Esos textos son muy interesantes para la labor cotidiana de los clínicos, ya que relacionan los consejos que brindan, e incluso la explicación de los principios éticos, con casos tanto reales como teóricos. De ese modo, el médico puede considerar los principios, el contexto y el caso en un marco clínico, lo cual facilita la traducción y la adaptación de los conceptos a la situación clínica en la que se encuentra.

Sin embargo, esos textos se basan en los tratamientos clínicos dispensados en circunstancias normales o cuando la prestación de la asistencia no se halla ni amenazada ni comprometida por un conflicto armado o cualquier otra situación de violencia. En la práctica “normal”, generalmente los clínicos cuentan con el tiempo para pensar las decisiones inherentes a la prestación de asistencia, e incluso para pedir consejo, mientras que esas posibilidades de reflexión son casi siempre menores en situación de conflicto. El propio hecho de que la situación sea inestable, incluso de amenaza, y siempre diferente de la práctica corriente, complica la reflexión, y el conflicto o los disturbios deforman los desafíos que se plantean de manera sutil o, por el contrario, sustancial. En esas circunstancias, los médicos rara vez tienen la posibilidad de comentar sus preocupaciones en el momento con otras personas o consultar a alguien respecto del enfoque que se requiere. Por ello, resulta muy importante que conozcan los principios éticos y se sientan capaces de reconocer y analizar los desafíos éticos que se les presentan.

Muchos pueden encontrarse ante esa situación por primera vez y preguntarse si se aplican las normas éticas “normales”. Pueden hallarse ante personas externas al marco clínico que exijan actos particulares y no estar seguros de que esos actos sean aceptables desde el punto de vista ético en esas circunstancias. Asimismo, pueden temer por su propia seguridad y la de los demás —los pacientes—, pero también por la de sus familiares y los otros profesionales de la salud.

1 British Medical Association (BMA), *Medical Ethics Today: the BMA's Handbook of Ethics and Law*, 3.^a ed., BMJ Books, Londres, febrero de 2012; J. R. Williams, Asociación Médica Mundial, *Manual de Ética Médica*, 2.^a ed., AMM, Ferney-Voltaire, 2009; Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR), *Asistencia de salud en peligro: responsabilidades del personal de salud que trabaja en conflictos armados y en otras emergencias*, CICR, Ginebra, 2012.

De ese modo, el profesional al que se le exige que comunique información detallada sobre un paciente, en tiempo de paz dispone generalmente de un plazo para determinar si lo que se le solicita cumple los requisitos legales o incluso para considerar las excepciones contempladas por la ley respecto del derecho a la confidencialidad. En tiempo de conflicto armado y de disturbios graves, pueden entrar en juego otros factores; quienes exigen la información pueden afirmar que ésta es indispensable para garantizar la seguridad de los profesionales de la salud, del establecimiento y de su entorno. En esa situación ¿dónde se ubican los derechos de los pacientes y el deber que incumbe al médico de defender esos derechos? ¿Cómo enfrenta emocionalmente el profesional de la salud el hecho de que se le diga que puede comprometer la seguridad de los otros?

Asimismo, aunque recurren al concepto de la clasificación (o triaje), sobre todo en las grandes epidemias o acontecimientos que ocasionan numerosas víctimas, como accidentes de tráfico que afectan a varios vehículos, los profesionales de la salud generalmente pueden organizar el tratamiento de todas las víctimas, gracias a un uso riguroso de los recursos. En cambio, en las situaciones de conflicto, lo más factible es que los recursos se agoten, puede resultar difícil recuperarlos y hay una mayor probabilidad de que las decisiones de clasificación sean decisiones de vida o muerte. Además, hay más riesgo de que se ejerza presión sobre los profesionales de la salud para que den prioridad a un grupo por sobre otro, y esa presión puede ir acompañada de amenazas dirigidas a los propios profesionales y también al establecimiento y los pacientes. ¿Hasta dónde deben llegar los profesionales de la salud para proteger la confidencialidad cuando esta podría poner en grave riesgo físico a los demás y a ellos mismos?

En situación de conflicto, el flujo ininterrumpido de los pacientes puede agotar a los profesionales. Si bien el agotamiento es factible en otras emergencias, no son muchas las que son tan largas y sostenidas, y las posibilidades de descansar y recuperarse pueden ser menores. ¿Qué deben hacer los médicos y los otros profesionales de la salud cuando están cansados? ¿O cuando se agotan sus materiales o los medicamentos? ¿O cuando se enfrentan a casos que superan sus competencias clínicas?

Esas mismas dificultades se pueden plantear en otras circunstancias. En algunos países, los ataques contra las instalaciones de salud, su personal y sus pacientes son trágicamente frecuentes. A través de intercambios con médicos de todo el mundo, se puede ver claramente que tanto pandillas criminales como padres descontentos pueden atacar a los profesionales de la salud y exigir una reparación por heridas ocasionadas a sus amigos, parientes u otras personas, o simplemente como método de extorsión para obtener dinero. Esos actos criminales se cometen sin que exista ningún conflicto o disturbio generalizado en las sociedades afectadas por la violencia. En estos casos, una correcta comprensión de los fundamentos éticos y un apoyo ético al diálogo local con los líderes sociales son tan necesarios como en situación de conflicto.

En todas estas situaciones, la ayuda y el apoyo de los demás pueden estar presentes como lo estarían en tiempo normal, pero también pueden faltar. Los

profesionales de la salud pueden estar o sentirse muy aislados en sus decisiones. Un marco ético sólido que contemple las decisiones que se deben tomar puede ayudar a que se sientan apoyados y a saber que su decisión contará con el apoyo de sus colegas en todo el mundo.

Para los profesionales de la salud, es muy valioso comprender y saber adaptar los principios éticos. Esta competencia garantiza el correcto cumplimiento de las normas éticas y, de ese modo, protege a los pacientes de una explotación involuntaria o irreflexiva. Además, fortalece el profesionalismo del personal de salud y la confianza que debe existir entre el médico y el paciente. También es útil cuando se deben tomar decisiones contrarias a los principios éticos generales con el fin de proteger otras vidas pero, sobre todo, sirve como base para las conversaciones y las negociaciones con otros interlocutores sobre la forma en que deben tratarse las instalaciones de salud, su personal y sus pacientes.

La idea de que la ética es un lujo inútil en situación de emergencia debe cuestionarse; la ética es el concepto central que garantiza que la medicina siga siendo una fuerza del bien, concebida y dispensada en un marco humanitario para proteger los intereses de las personas vulnerables, de los enfermos y los heridos.

Cada vez que se presta asistencia de salud, donde quiera que sea, un marco ético debe delimitar los principios destinados a enmarcar la prestación de asistencia. La asistencia de salud se presta a personas en un estado de necesidad, que pueden tener miedo, cuya vida puede estar en peligro y que casi siempre son más vulnerables que las personas que las atienden. Estas últimas tienen facultades diferentes a las de las personas a quienes prestan asistencia. La prestación de asistencia está delimitada por principios éticos que restringen las libertades de los que la dispensan y ofrecen a los pacientes un marco en el que pueden esperar recibir asistencia. Los principios éticos apuntan a garantizar que no se abuse de esa diferencia de facultades y que ambas partes de la relación terapéutica comprendan la base sobre la cual se toman las decisiones.

La ética médica en tiempo de paz y de guerra

Definición general: ¿qué es la ética médica?

Existen numerosas definiciones que explican lo que generalmente se entiende por la noción de ética médica. De la forma más simple, se puede concebir como un conjunto de principios que se aplican a la labor de los profesionales de la salud y establecen límites a su libertad de decisión. Asimismo, se considera cada vez con mayor frecuencia como un contrato entre esos profesionales de la salud y las sociedades a las que sirven. Esos límites no están determinados solamente por las profesiones afectadas, sino que se negocian con la sociedad tomando en cuenta los hábitos y los valores sociales, la ley y los sistemas de creencias, pero también los temores, las esperanzas y las expectativas que expresa la sociedad. Todas esas variables se basan en un conjunto de principios extraordinariamente coherente fundado en valores. Dado que la ley cambia y evoluciona con regularidad

y tiene una incidencia en las normas de ética, se efectúan ajustes constantes de algunos límites éticos que, de manera general, constituyen cambios menores. En los países en los que la ley sufre evoluciones sustanciales a través de la actividad parlamentaria, se insta un diálogo animado y multipartito sobre la manera en la que se incorpora un proyecto de ley dentro de los límites comúnmente admitidos en las prácticas en materia de asistencia de salud. Los Gobiernos que deseen, por ejemplo, legislar sobre la administración y la confidencialidad de la información deberán cerciorarse, a solicitud de los profesionales de la salud, de que la nueva ley no contradiga las normas aceptadas, en especial respecto de la protección de la confidencialidad médica contemplada por la ley.

Indudablemente, la filosofía ejerció una influencia de peso y los análisis estructurados que pudo producir mantienen una importancia creciente en el discurso ético moderno. Históricamente, la elaboración de normas éticas ha sido progresiva. Las primeras normas determinadas en el ámbito de la asistencia de salud, como el juramento hipocrático o la plegaria de Maimónides, establecen una lista de los actos aceptables o inaceptables por parte de un médico. Con excepción de las variantes introducidas por las sucesivas traducciones en el transcurso de los siglos, dichas normas permanecen constantes. El vínculo con la filosofía general está oculto en esos textos, y una gran parte de la bibliografía de principios del siglo XX dedicada a la ética adoptó la misma posición; es decir establecer listas y normas de conducta sin especificar las razones de esos límites ni el debate que diera origen a su surgimiento. Muchos de esos textos dicen en forma explícita que los médicos sabrían automáticamente lo que es conforme a la ética. En la práctica, había pocos médicos capaces de analizar las situaciones médicas lo suficientemente como para aclarar los desafíos éticos que estaban en juego, pero a menudo aprendían dónde estaban los límites en disciplinas médicas relativamente estrechas.

Sin embargo, el poder de esos códigos antiguos es considerable y el juramento hipocrático, en particular, sigue siendo un descriptor de los principios éticos obligatorios alrededor del cual gira la práctica médica moderna. En numerosas escuelas de medicina, prestar juramento forma parte del proceso para convertirse en médico. Aunque un número significativo de médicos no presta juramento oficialmente, ni este ni otro similar, el público piensa que todos están obligados por un juramento. Una gran parte de los códigos más modernos derivan de esos códigos y de otros códigos antiguos. La Declaración de Ginebra² de la Asociación Médica Mundial (AMM) y el Código de Ética Médica³ vinculado a ella son códigos generales que contemplan la labor de los profesionales de la salud en todas las circunstancias. Ninguno de esos textos establece una diferencia respecto del tiempo de guerra o del trabajo en un conflicto armado, ni indica que los principios y las normas éticas cambian en función de las circunstancias.

En una gran parte del mundo, el adagio *Primum non nocere*, “en primer lugar, no hacer daño”, es el principal descriptor de los principios éticos. Se emplean

2 Declaración de Ginebra de la AMM, adoptada en septiembre de 1948, revisada en mayo de 2006.

3 Código Internacional de Ética Médica de la AMM, adoptado en octubre de 1949, revisado en octubre de 2006.

diversas expresiones para describir otros factores, como una medicina “centrada en el paciente” o “centrada en la persona”. Paralelamente, el derecho que rige la práctica médica está fundado en gran medida en el apoyo a los derechos de los pacientes.

A menudo, el análisis ético requiere que se evalúe el interés superior del paciente, lo que también es culturalmente sensible. La sociedad occidental tiende a emplear conceptos muy orientados hacia los derechos de los individuos y la autodeterminación. La noción de equilibrio entra en la ecuación, ya que los derechos del individuo no son los únicos que deben evaluarse. En efecto, la sociedad (y, por lo tanto, los demás individuos) también tiene derechos, que pueden estar en conflicto con los del individuo. En la tradición occidental, el interés superior del individuo es una medida integral, que contempla a la persona en su familia, en su lugar de trabajo y en su entorno sociocultural. Pero la naturaleza real del interés superior o del beneficio debe depender también de las visiones y las creencias del individuo, que están fundadas en el aspecto cultural. Numerosos trabajos modernos destacan que es importante que la evaluación del interés superior se base no solo en el juicio de otro, sino en lo que el paciente piense que es lo mejor para él, sobre todo cuando se trata de determinar si una vida gravemente comprometida por la enfermedad o por una herida “merece ser vivida”.

Los médicos prestan asistencia a sus pacientes en todas las situaciones posibles, en todos los países del mundo. Las circunstancias son extremadamente diversas, pero en general se afirma que las normas u obligaciones éticas son idénticas y la AMM declara, además, que la ética médica es la misma en tiempo de paz y de guerra⁴. El equilibrio entre la ley y la ética también suscita preguntas frecuentes. En este caso también, la AMM adopta un enfoque aparentemente simple que da prioridad a la ética por sobre el derecho, lo que significa que cuando la ley y la ética se oponen, los médicos deben acatar los preceptos éticos.

La realidad dista de ser simple. Si bien los principios éticos pueden permanecer constantes y así lo hacen, intrínsecamente solo conforman un simple marco que agrupa las decisiones que se deben tomar en la práctica clínica. Esas mismas decisiones están vinculadas a las circunstancias en las que se inscribe la práctica clínica y se hallan sensiblemente afectadas por estas. Esto se demuestra, en particular, cuando se aborda el análisis de las circunstancias clínicas en las que el médico toma decisiones. En cada situación, los médicos y las demás personas intervinientes encargadas de examinar las cuestiones éticas recurrirán al análisis para examinar los elementos que están en juego. En numerosas ocasiones, existirá un conflicto entre los deberes y los valores o principios diferentes. La mejor respuesta solo se obtendrá examinando la situación de manera global, incluso con las circunstancias particulares del caso y de la situación de conflicto.

En tiempo de guerra, las decisiones que el médico debe tomar difieren, a veces incluso de manera radical, de aquellas que podría tomar en tiempo de paz, a raíz de las amenazas y las circunstancias particulares del conflicto a las que está

4 Regulaciones en tiempo de conflicto armado y otras situaciones de violencia adoptadas en octubre de 1956, revisadas en mayo de 2012.

expuesto. En otras ocasiones, las decisiones serán idénticas y las circunstancias del conflicto no tendrán incidencia alguna. Los médicos deben decidir a qué paciente tratar primero en todas las circunstancias, pero más específicamente cuando el número de pacientes supera el de los profesionales de la salud formados o cuando faltan recursos. Ese dilema puede afectar a un médico de urgencias frente a las múltiples víctimas de un accidente de tráfico, de la misma manera que puede plantearse frente a las víctimas de un artefacto explosivo colocado a la vera de la ruta en un conflicto armado. Las circunstancias son sustancialmente similares, aunque más frecuentes en situación de conflicto.

Gran parte del análisis histórico de la ética en el sector de la salud fue escrito bajo el título de “ética médica”, lo cual implica que atañe a los médicos y, para algunos, podría significar que a los demás profesionales de la salud se le pueden aplicar normas diferentes. El discurso moderno tiende a emplear la expresión “ética de la asistencia de salud”, que implica necesariamente que se aplica a los profesionales de la salud. En realidad, ambas expresiones abarcan a todos los profesionales de la salud. Algunos análisis establecen diferencias, y, a menudo, estas reflejan las diferentes funciones de los profesionales de la salud, que pueden dar lugar a diversos puntos de vista.

Principios éticos generales idénticos en tiempo de paz y de guerra

Afirmar que la ética es idéntica en tiempo de guerra y de paz no significa que los médicos tomen las mismas decisiones. De hecho, los dilemas a los que se enfrentan a menudo serán diferentes, pero los principios generales que se aplicarán a las decisiones serán idénticos.

Los principios están fundamentalmente concebidos para respetar los derechos del paciente, ya que garantizan que se le darán los medios para tener control de las decisiones que lo afectarán y del tratamiento que recibirá. Aunque históricamente numerosos principios corresponden a usos de la práctica médica, la ética también examina, cada vez con mayor frecuencia, la toma de decisiones relativas a los procesos médicos complejos y con alto riesgo o a la salud pública.

En las situaciones de conflicto modernas, sobre todo en presencia de fuerzas armadas de países desarrollados, las capacidades médicas son suficientes para que sea posible tratar lesiones muy graves. Dado que las posibilidades de salvar vidas aumentan, las consecuencias de esos salvamentos se tornan importantes. Lo mismo ocurre con las decisiones que se toman en tiempo de paz, aun cuando la naturaleza de las heridas ordinarias y las personas que las sufren puedan ser muy diferentes. En la práctica civil, la proporción de los dos sexos es más equilibrada y los heridos pertenecen a franjas etarias más amplias, mientras que en tiempo de conflicto armado, los miembros de las fuerzas armadas —los hombres jóvenes y hasta entonces con buena salud— serán proporcionalmente más numerosos. El impacto que una herida atroz puede tener en ellos y en sus futuras decisiones de vida puede ser muy diferente del que habría tenido en otro grupo. Su relativa juventud y su buena condición física anterior los hacen más

aptos para sobrevivir a traumatismos espantosos. ¿Se piensa lo suficiente en las consecuencias psicológicas de la terrible herida a la que sobrevivieron? Si bien no es una preocupación mayor para el cuerpo médico al momento del tratamiento de urgencia, este debe tratar de cerciorarse de que la importancia del apoyo psicológico se entienda correctamente.

Uno de los casos que suelen presentarse en los conflictos es la situación en la que el entorno se vuelve tan peligroso para el personal sanitario y para sus pacientes, que se vuelve insostenible continuar prestando asistencia y se debe cerrar el hospital, el centro de primeros auxilios, el dispensario o cualquier otra instalación. Es una situación con la que se encontraron algunos prestadores de asistencia como el CICR y Médicos Sin Fronteras: las amenazas reales —incluso de secuestro, de heridas o de muerte— que pesan sobre su personal son tales que las instituciones no pueden aceptar seguir exponiéndolo a ellas. Esas amenazas se ven agravadas por el hecho de que, en caso de un ataque dirigido a los profesionales de la salud, sus colegas no clínicos y sus pacientes también están implícitamente expuestos.

Imparcialidad

La imparcialidad es un principio fundamental de la práctica médica, tanto en tiempo de paz como en tiempo de guerra. Desde el punto de vista ético, la imparcialidad significa que los profesionales de la salud deben tratar a los pacientes en función de las necesidades y no del origen étnico, la religión, el género, la edad o cualquier otro factor que pueda implicar una discriminación injusta. También comprende, en parte, la noción de neutralidad médica, que remite a la no participación de los profesionales de la salud en partidos políticos y en cuestiones relativas al conflicto en su lugar de trabajo. Por supuesto, los médicos y los demás profesionales de la salud son libres de participar políticamente como cualquier otro ciudadano, siempre y cuando ese compromiso no interfiera de manera alguna con su misión.

Si bien la noción es idéntica en tiempo de guerra y de paz, lo cierto es que en tiempo de guerra, es más probable que la imparcialidad del profesional de la salud sea puesta a prueba. El médico militar frente a dos heridos que necesitan atención urgente —uno de los cuales lleva el uniforme de sus tropas y el otro el del enemigo— seguramente encontrará difícil no dejarse influenciar por un sentimiento de lealtad hacia la persona que sirve a su lado. Pero el mismo dilema podría plantearse a un médico en tiempo de paz frente a dos víctimas de un accidente de tráfico: uno podría ser un amigo, un vecino o un pariente, y el otro, el responsable del accidente. En esa situación, también es inevitable que la imparcialidad del médico se vea amenazada.

La norma ética es clara y simple. La asistencia debe prestarse en función de las necesidades; la persona que necesita más la asistencia debe ser tratada primero. Esa es la base de la clasificación tanto en tiempo de guerra como de paz.

Adaptar las decisiones a las situaciones de conflicto armado

La enseñanza de la ética apunta a hacer comprender un sistema de análisis determinado (sabiendo que existen numerosos sistemas) y cómo utilizarlo para examinar la decisión que se debe tomar. Ningún sistema es mejor que los otros; cada uno tiene sus fortalezas y sus debilidades, sus adeptos y sus opositores. Lo que importa es que el individuo pueda utilizar un sistema para estudiar la cuestión. Frente a diferentes situaciones, podrá entonces desentrañar las circunstancias clínicas, despejar y analizar las tensiones éticas y buscar la mejor solución. En general, no existe una respuesta correcta o incorrecta, sino soluciones más o menos próximas a los principios éticos generales.

Como demuestran algunos ejemplos citados anteriormente, la naturaleza del problema puede ser diferente en un conflicto armado pero, en general, algunas diferencias son más probables que en otras situaciones.

Los profesionales de la salud pueden conocer conflictos vinculados a un sentimiento de lealtad hacia una causa, un grupo o una ideología, que rara vez interferirán con su práctica en tiempo de paz. Toda decisión ética impone separar las creencias y los conflictos personales; en los conflictos en los que aquellos que comparten las mismas lealtades o ideologías corren el riesgo de ser gravemente heridos o resultar muertos, es mucho más difícil permanecer neutral. Sin embargo, sin neutralidad, algunas tareas como la clasificación (ver más abajo) se vuelven imposibles, por ejemplo la evaluación equitativa del carácter razonable de las solicitudes, como la información de datos relativos a un paciente.

Un sólido anclaje en un sistema ético y la comprensión y el conocimiento de los códigos y principios éticos pueden ayudar a las personas bajo presión a conservar la claridad de visión y de análisis indispensable.

Aun cuando, como se ha dicho, la ética en tiempo de paz y de guerra es fundamentalmente la misma, las presiones son diferentes. El hecho de no tratar a un individuo en particular rara vez pone en riesgo la vida del profesional de la salud en tiempo de paz, mientras que esta situación sí puede producirse en tiempo de guerra. Sin embargo, los profesionales de la salud corren riesgos al ejercer su oficio tanto en tiempo de paz como de guerra. Aquellos que penetran en el lugar de una catástrofe natural, como el derrumbe de un edificio, para prestar asistencia pueden correr el mismo peligro que aquellos que siguen prestándola mientras que su establecimiento está siendo bombardeado, pero al igual que en tiempo de guerra, se espera que no pongan su seguridad en peligro. En tiempo de paz, los médicos deben escuchar los consejos, por ejemplo, sobre el peligro que representa un edificio derrumbado, y no correr riesgos graves. Si bien se supone que asumen algunos riesgos —por ejemplo, tratar personas contagiosas expone a los profesionales de la salud a algunos riesgos— también deben tomar medidas para reducir ese riesgo (en caso de enfermedad contagiosa, recurriendo a métodos de tratamiento en aislamiento, vacunas, etc.).

¿Cómo se establecen las normas éticas?

Las normas éticas han ido surgiendo de manera progresiva. Las primeras normas de ética médica, como el juramento hipocrático y la plegaria de Maimónides, establecen una lista de los actos aceptables o inaceptables por parte de un médico. Numerosos códigos modernos se inspiraron en ellas, en gran parte.

Durante la mayor parte de los últimos treinta años, el debate ético se amplió, pero los médicos lucharon para que la elaboración de las reglamentaciones y normas éticas siguiera siendo privativa de los profesionales de la medicina. No obstante, esas resistencias desaparecen poco a poco, ya que los médicos toman conciencia de que los códigos éticos son, por naturaleza, contratos con las sociedades en las que se aplican, por lo cual la inclusión de otros actores en su elaboración resulta, como mínimo, útil.

Las partes que conviene incluir en el debate pueden clasificarse en función de los diferentes sistemas; el sistema de las ocho "P" es un método nemotécnico simple. La profesión médica (la primera "P") obviamente está involucrada; los médicos deben aportar su grano de arena, ya que ellos son quienes mejor conocen las implicaciones de un tratamiento o un diagnóstico y deben velar por que la adaptación de los principios éticos sea conforme a la práctica clínica normal. Los profesionales médicos (la segunda "P") también deben participar en el debate, puesto que los mismos principios éticos deben vincular a todos los profesionales de la salud, sobre todo a aquellos que trabajan juntos para prestar asistencia a los pacientes. Los médicos, el personal de enfermería y los demás trabajadores sanitarios no tienen la misma visión del proceso clínico, ya que lo enfocan desde ángulos levemente diferentes, lo que permite asegurarse de que se examinan todas las facetas de la cuestión. Asimismo, los pacientes (la tercera "P") o sus representantes, deben participar en el debate y sus puntos de vista deben tenerse en cuenta. La opinión pública (la cuarta "P") representa un grupo más amplio, formado por quienes no son pacientes, por pacientes potenciales y por quienes prestan asistencia. Aunque la mayor parte de los países del mundo no son teocracias, los padres o sacerdotes (la quinta "P"), o los otros jefes religiosos, también pueden enriquecer el debate desde un punto de vista bien fundado de acuerdo con las religiones dominantes y las restricciones que estas pudieran traer aparejadas. La importancia del punto de vista religioso varía mucho de una cultura a otra, pero en todo debate es importante comprender la visión que tienen los principales grupos religiosos respecto de un dilema de ética médica. Dado que algunos aspectos del debate tocarán la interfaz entre la ley y la ética, el legislador y todos los que "administran" las leyes también son interlocutores pertinentes. En general, eso implica la participación de los parlamentarios (la sexta "P"), y también de otros actores de las políticas públicas; los que trabajan en los proyectos legislativos son participantes particularmente importantes. En ese método nemotécnico, el público aparece bajo diferentes formas. Generalmente está informado por los medios de comunicación, por lo que la prensa (la séptima "P") es otro actor que contribuye. La última "P" remite al proceso; la cooperación es el objetivo de la mejor práctica médica. Una ética

correcta implica una cooperación de igual a igual entre los profesionales de la salud y sus pacientes; el establecimiento de un proceso de examen de las cuestiones éticas debe permitir obrar en ese sentido.

En la interfaz médico-paciente, esos diferentes individuos y grupos no son ni visibles ni audibles, pero los médicos, incluso los que prestan asistencia en situación de conflicto, deben reflexionar sobre la contribución que pueden aportar al desarrollo de un pensamiento ético. Los médicos que trabajaron en situación de conflicto a menudo hacen contribuciones en revistas profesionales que examinan los abordajes quirúrgicos del traumatismo sobre la base de su experiencia del conflicto. También deben reflexionar sobre la contribución que podrían hacer en las revistas profesionales dedicadas a la ética médica y a la ética de la asistencia de salud.

Consideraciones jurídicas

Si bien la ley difiere de la ética, ambas establecen un conjunto de principios que limitan la libertad de acción del personal médico y de otros individuos.

El sistema jurídico se enriquece año tras año. Los Gobiernos han redactado numerosas leyes en el marco de un conjunto de políticas que pueden afectar ámbitos con un fuerte impacto en la práctica médica, como la confidencialidad y la administración de los datos o la edad del consentimiento. Otros ámbitos del derecho no siempre tienen una incidencia inmediatamente evidente en la práctica médica.

Aunque reconocen la importancia de la ley, los médicos suelen decir que la ética prevalece por sobre esta. Entienden por ello que la ley podría autorizarlos a hacer algo que el análisis ético declararía inaceptable y que la ética es el principio rector más importante para ellos como profesionales de la salud.

En numerosos países esto puede generar un conflicto entre los textos legislativos y reglamentarios establecidos por un organismo de reglamentación de la profesión médica, que intrínsecamente pueden tener una fuerza cuasi legal. Los médicos que traspasan los límites fijados por un organismo de reglamentación, aunque permanezcan dentro del marco de la ley, pueden ser eliminados del registro de médicos que les da derecho a ejercer o bien recibir una sanción grave.

En general, si los médicos ven de manera colectiva que una ley les impondría violar las normas éticas, deben hacer una campaña para que estas sean modificadas. Esa tarea corresponderá entonces a los organismos colectivos de médicos, como las asociaciones médicas. Estas desempeñan un papel importante en todo el mundo, que consiste en abogar por cuenta de sus miembros, en particular para que los médicos puedan ejercer en el marco del cumplimiento de la ética y de la ley.

Además de los textos legislativos, la jurisprudencia también fija algunos límites. Causas recientes en numerosos Estados se refieren al consentimiento para recibir el tratamiento médico⁵, sobre todo en lo que respecta a las decisiones que atañen a los pacientes terminales. Todos los Estados han legislado sobre la confidencialidad de los datos personales. Esas leyes son muy diversas, mientras que

5 Para la jurisprudencia respecto de la cuestión del consentimiento médico, v. referencias en BMA, nota 1 *supra*, en particular los caps. 2, 3, y 4.

los principios éticos son los mismos en todo el mundo; de ello se deduce que, en algunos Estados, la ley puede autorizar la comunicación de los datos del paciente con o sin su consentimiento y prohibirla en otros.

A ello deben añadirse las decisiones relativas a los derechos humanos, que son cada vez más numerosas. Muchos países tienen una legislación nacional que rige los derechos humanos de sus ciudadanos, que está sujeta a las decisiones de órganos judiciales o cuasi judiciales, internacionales y regionales. Más exactamente, existe un conjunto creciente de decisiones que sientan jurisprudencia y numerosas obras sobre el “derecho a la salud”. Si bien no se trata de un derecho absoluto al acceso a la asistencia de salud, “todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente⁶”. Ese derecho, que no admite excepción alguna, alienta a los Estados a adoptar un enfoque no discriminatorio del acceso a la asistencia.

En tiempo de conflicto armado, también entra en juego el derecho internacional humanitario (DIH). Ese conjunto de normas jurídicas está compuesto por normas convencionales (principalmente los cuatro Convenios de Ginebra de 1949 y sus Protocolos adicionales) y por normas consuetudinarias vinculantes para todos los Estados. El DIH contiene varias normas relativas a la prestación de asistencia de salud y contempla la protección del personal sanitario, las unidades y los medios de transporte⁷.

A raíz de muchos aspectos, los códigos de ética han adquirido un estatuto similar al derecho consuetudinario. La aceptación de algunas normas por parte de los médicos de todo el mundo confiere a esos códigos un estatuto internacional, de manera tal que alcanzan a todos los médicos, hayan o no prestado juramento de seguirlos.

Desafíos éticos propios de los conflictos armados y las situaciones de violencia

Clasificación

La clasificación o triaje es una operación que consiste en clasificar a los pacientes en función de la prioridad del tratamiento. Se realiza de manera clásica cuando un servicio se ve desbordado por la llegada de víctimas múltiples y su finalidad es prestar una respuesta eficaz a las necesidades médicas.

En la práctica civil —y cada vez con mayor frecuencia en tiempo de guerra, en las instalaciones abastecidas por hospitales militares de campaña bien

6 V. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR), Observación general n.º 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (art. 12), adoptada el 11 de agosto de 2000, E/C.12/2000/4, párr. 1

7 Para una visión general de las normas del DIH y del derecho de los derechos humanos relativas al respeto y la protección de la asistencia de salud, v. CICR, “Respetar y proteger la asistencia de salud en conflictos armados y en situaciones que no están regidas por el DIH”, Ficha técnica, 31 de marzo de 2012, disponible en la dirección: <https://www.icrc.org/es/content/respetar-y-protger-la-asistencia-de-salud-en-conflictos-armados-y-en-situaciones-que-no> (consultada en noviembre de 2012).

equipados— a través de la clasificación se identifica a las personas cuya vida está en peligro inmediato, a aquellas que necesitan una asistencia moderada y a aquellas que necesitan primeros auxilios. Esta operación puede comprender la identificación de las personas que no podrán salvarse con ningún tratamiento; es posible que no se realice ningún intento para mantener a esos pacientes con vida, pero siempre deben recibir asistencia, incluso analgésicos. En las situaciones de conflicto más clásicas, una variante de este procedimiento consistía en identificar y tratar de manera prioritaria a las personas que necesitaban primeros auxilios, para que estuvieran más aptas para regresar de inmediato al combate. Ello puede implicar que las personas que necesiten asistencia inmediata para mantenerse con vida tarden en obtenerla, mientras que aquellas con menor necesidad la reciben, a fin de poder retomar el servicio activo. Numerosas fuerzas militares modernas negarían que esta situación tiene lugar en la actualidad pero, en realidad, la mayor parte de los médicos militares reconocen que, en algunos momentos de emergencia militar, el hecho de volver a enviar a los soldados al frente puede ser crucial, principalmente porque eso permitirá salvar a otros heridos al proteger el hospital o el centro de tratamiento.

Los sistemas de clasificación elaborados por el personal médico militar son la base de los sistemas utilizados en el ámbito civil, en particular en casos de emergencia. Incluso aquí, se trata de identificar a aquellos para quienes el tratamiento resulta fútil (una noción cada vez menos frecuente), a aquellos que necesitan asistencia inmediata, a aquellos que necesitan una intervención médica importante y a aquellos que necesitan poco más que los primeros auxilios básicos.

La ética consiste en dar prioridad a los que tienen la mayor necesidad. Se puede comprender fácilmente que determinar las necesidades requiere tiempo y moviliza recursos importantes. Los sistemas de clasificación lo tienen en cuenta, por lo que en general encomiendan al clínico más experimentado la dirección de las operaciones de evaluación y clasificación de los heridos al momento de su llegada. El objetivo es aumentar la eficacia y fortalecer el principio de que la prioridad se establezca en función de las necesidades.

La decisión de no asignar recursos a las personas que están condenadas a morir también es coherente con los principios éticos; los recursos siempre son limitados, incluso en tiempo de paz o en los países desarrollados. Al emplear recursos cuando estos no pueden proporcionar un beneficio al paciente, siempre se corre el riesgo de privar de dichos recursos a aquellas personas que podrían aprovecharlos. Asimismo, esto expone al paciente que no puede utilizarlos a ciertos riesgos; el tratamiento en sí puede ser incómodo, atentar contra su dignidad o causarle otro tipo de daño.

Aunque el principio ético es exactamente el mismo en todas las situaciones, la diferencia esencial en tiempo de guerra radica en los recursos. En efecto, fuera de los conflictos armados, es raro que en los países que cuentan con una buena dotación de recursos la cantidad de personas que necesiten simultáneamente asistencia sea tal que el acceso de algunas a esa asistencia prive a las otras de ella. La realidad de la clasificación consiste en clasificar a los pacientes en grupos a los que diferentes categorías de profesionales de la salud les prestarán asistencia de distintos niveles.

En las situaciones de conflicto armado, la situación más frecuente es que el personal sanitario tenga más pacientes para tratar de urgencia que los que puede atender. Por ello, la selección resulta una cuestión vital.

Desafíos para los médicos que trabajan en un entorno culturalmente diferente

La ley, incluso los derechos individuales, puede variar de un país al otro y hasta dentro de un mismo país. La ley se basa en derechos y obligaciones propios de un país y su cultura y en la incorporación del derecho internacional en la legislación nacional. En el punto de encuentro entre la ley y la ética, a menudo se observan divergencias locales respecto de las normas internacionales. Aquellas personas que trabajan como médicos en una zona de conflicto pueden ser oriundos de países donde los derechos humanos son muy respetados, donde la autonomía sustenta la mayor parte de las decisiones médicas y donde los hombres y las mujeres reciben el mismo trato. Y pueden encontrarse en una cultura —y tratar a pacientes provenientes de esa cultura— donde las decisiones las toman jefes locales o jefes de familia y donde las mujeres no pueden actuar con plena autonomía.

Los médicos formados para comprender que los pacientes tienen derecho a tomar todas las decisiones que atañen a su salud, hallarán difícil trabajar en culturas donde ese poder de decisión corresponde al dirigente local o, por ejemplo, al marido o al padre de una mujer. Mientras que la práctica ética requiere el consentimiento del paciente, la ley y la costumbre locales pueden exigirlo de otra persona.

Claramente, es importante que los actos del médico no disgusten y perturben al paciente, habida cuenta de la importancia capital que reviste la confianza en la relación médico-paciente. En materia de consentimiento (ver también más adelante) el problema se resuelve con facilidad mediante una conversación con el paciente y la persona encargada de decidir, que lo sustituye en su cultura.

La confianza puede verse afectada por el desconocimiento de las normas culturales, como el hecho de que los profesionales de la salud hombres atiendan a mujeres en las sociedades en las que ese tratamiento es generalmente inaceptable o solo es aceptable con la autorización de una persona determinada, como el marido. La mayoría de las sociedades occidentales no comparten esa norma cultural y los profesionales de la salud tratan a todos los pacientes en función de un sistema de prioridad basado en las necesidades. Desde el punto de vista ético, es aceptable adaptarse a esta norma cultural y ello puede fortalecer la confianza, ya que es una prueba de respeto hacia las tradiciones culturales locales.

En cambio, la situación en la que una norma local requiriera que un profesional de la salud realizara un acto inaceptable desde el punto de vista ético es más problemática. La mutilación genital femenina (MGF: infibulación o excisión) es una práctica corriente en algunas partes de África del Norte, mientras que en numerosos países está prohibida, por ejemplo en Europa, y está condenada por la AMM y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia por ser inaceptable desde el punto de vista ético. Pero cuando ofrecen asistencia de salud

en regiones de África del Norte destrozadas por un conflicto, los profesionales de la salud expatriados pueden recibir el pedido de practicar una MGF, ya que es “preferible” que la intervención la efectúen médicos competentes con instrumentos médicos limpios, a que se encargue un jefe de pueblo que no dispone de antisépticos, antihemorrágicos o de cualquier otro recurso médico necesario. Hay quienes dicen también que el respeto de esta tradición local por parte de los profesionales de la salud ayuda a construir la confianza, pero en este caso, el problema de la ética es muy claro: es una práctica que no está considerada en la medicina, una práctica, además, peligrosa, nefasta y sin beneficio alguno para la mujer (a lo cual se agrega que la paciente generalmente es una niña que no tiene derecho a expresarse). Aquí, la función del profesional de la salud es intentar educar a la población para que cese esta práctica y, en particular, informarles sobre las razones médicas en las que se fundó esta decisión. También se debe destacar el valor que se confiere al principio que consiste en no hacer daño a nadie, principio valorado en la mayoría de las tradiciones.

Las actitudes frente a la violencia sexual son extremadamente diversas. En algunas culturas, incluso resulta imposible abordar estas cuestiones; una víctima de violencia sexual seguramente no será tratada con sensibilidad e incluso podría ver amenazada su vida. Las normas reconocidas por la ley en numerosas naciones, en especial la integración de las relaciones sexuales conyugales forzadas a la definición de violación, no son universales. Las víctimas que necesitan ayuda médica corren el riesgo de no recibir apoyo alguno de su comunidad; los profesionales de la salud pueden entonces verse confrontados a un dilema difícil. Su función es tratar a la víctima de la mejor manera posible y deben conocer las normas culturales que rodean esa cuestión para no poner a su paciente en peligro de manera involuntaria. La cólera es una reacción común frente a esos abusos, pero los médicos deben dominar sus emociones hasta que dejen las instalaciones y puedan hacer campaña sin poner en peligro a sus pacientes o a sus colegas.

Antes de su despliegue, los médicos militares deben solicitar información y formación sobre las prácticas culturales locales con las que pueden encontrarse. Las conversaciones previas a la misión facilitarán y uniformarán las reacciones ante esos desafíos.

Falta de recursos y retorno de pacientes hacia zonas con equipamiento insuficiente

La escasez de recursos puede ser una restricción ética considerable para la prestación de asistencia médica. La clasificación permite afectar esos recursos en función de las necesidades, tanto si se trata de personal formado, incluidos los médicos, o de recursos físicos, como quirófanos, medicamentos, apósitos, camas de hospital y equipos esenciales, como aparatos de anestesia.

En tiempo de conflicto armado, y sobre todo de guerra asimétrica, los médicos militares pueden tener que tratar a pacientes de una fuerza opositora, a sabiendas de que la asistencia que se les prestará cuando retornen a sus hogares será

seguramente muy inferior a la que recibirían los pacientes de las propias fuerzas del médico. Esas diferencias pueden ser determinantes para la supervivencia de los pacientes —por ejemplo, una diálisis o un tratamiento similar de mantenimiento de vida quizás no estará disponible— o podrían notarse en la rehabilitación postraumática, incluida la kinesiología y la provisión de prótesis.

Los médicos que inician un tratamiento para salvar la vida de un herido no siempre pueden tener en cuenta las posibilidades de tratamiento ulteriores, pero cuando tienen la posibilidad, deben modificar su protocolo de tratamiento. Dicho de otra manera, cuando seleccionan un tratamiento, deben tener presente sus consecuencias y las necesidades a más largo plazo que generará para el paciente.

Consentimiento

Es un principio fundamental en el mundo desarrollado, y sobre todo en Europa, América y Australasia, que no debe iniciarse ningún tratamiento sin el consentimiento válido y genuino del paciente o de la persona encargada de decidir con autorización de las leyes locales. No todas las sociedades tratan el consentimiento con ese respeto. Los pacientes pueden estar habituados a que otros decidan en su lugar o acostumbrados a una profesión médica paternalista que les dice lo que se hará. Puede resultar difícil ayudar a los pacientes a comprender por qué se les solicita el consentimiento y cómo y por qué esa decisión se respetará, cuando culturalmente es sorprendente.

En ocasiones, el paciente se halla imposibilitado de dar su consentimiento, por ejemplo, a raíz de la gravedad inmediata de sus heridas. En esos casos, el tratamiento médico puede continuar para mantener al paciente con vida, pero apenas este recobre la capacidad de tomar parte en las decisiones, se lo debe informar de lo que se hizo y darle la posibilidad de tomar las decisiones futuras. Un gran número de pacientes que llegan a los hospitales de campaña en zona de conflicto ya habrán recibido primeros auxilios, y quizás analgésicos potentes, como opiáceos. Algunos habrán visto sus facultades temporalmente afectadas por el tratamiento e incluso por la conmoción asociada a la lesión. Si bien se puede continuar el tratamiento, se debe permitir la mayor participación posible del paciente en las decisiones.

Cuando el idioma constituya el principal obstáculo para el consentimiento, se deberá intentar hallar a un intérprete o permitir la comunicación por otro medio. Cuando el plazo necesario para la búsqueda de un intérprete ponga en riesgo la vida del paciente, el tratamiento podrá iniciarse, pero al igual que con los pacientes con capacidades reducidas, se deberá intentar explicar apenas sea posible qué se hizo y por qué.

También puede ocurrir que haya pacientes que tomen decisiones con las que el médico no esté de acuerdo. El punto fundamental es que el paciente tiene derecho a negarse a recibir el tratamiento, incluso el soporte vital, siempre y cuando sea capaz. El hecho de que no esté de acuerdo con la recomendación del médico no lo convierte en incapaz y no puede constituir un pretexto para calificarlo como tal. Al igual que cuando esta situación se presenta en una zona sin conflicto, se debe

intentar averiguar por qué el paciente se niega a recibir el tratamiento. ¿Por miedo? ¿Porque no confía en el médico o en el sistema médico o por otra razón que implica que necesitará más tiempo y ayuda para comprender los consejos que se le dan y seguirlos con confianza?

Para todos los médicos y los demás profesionales de la salud en todos los ámbitos de la práctica, negarse a un tratamiento que podría salvar la vida es lo más difícil de aceptar desde el punto de vista ético y espiritual. El hecho de ser cuestionado no implica que sea aceptable hacer una excepción con los valores éticos fundamentales, ni que los médicos deban cesar inmediatamente todo intento de ayudar al paciente. Al contrario, deben seguir intentando ayudarlo y convencerlo de buena manera de que acepte más ayuda. Como mínimo, deben procurar determinar lo que el paciente hallaría aceptable, para proponerle esa ayuda.

Ninguna persona, incluido el paciente, puede forzar a los médicos a proponer tratamientos médicos que consideren inadecuados o contrarios a los intereses del paciente. El ejemplo que se da en los textos generales dedicados a la ética es que un paciente que sufre dolores abdominales no puede exigirle al médico que le ampute el dedo gordo del pie. Es evidente que ese tratamiento no ayudaría al paciente y que sería contrario a la ética; lo mismo ocurriría en situación de conflicto.

Aunque el consentimiento es un proceso que incluye ofrecer información y examinar los problemas, a menudo concluye con la firma de un formulario de consentimiento por parte del paciente. La finalidad de ese formulario es dejar constancia de que el paciente ha comprendido la información proporcionada, incluso su derecho a negarse a recibir un tratamiento recomendado y que acepta iniciar un tratamiento determinado. En situación de conflicto, donde es probable que los heridos pertenezcan a diversos grupos de idiomas, los formularios de consentimiento deberían estar disponibles en esos idiomas, o al menos traducidos antes de que el paciente los firme. Las fichas de vocabulario médico en otros idiomas podrían proporcionar una ayuda valiosa para llegar a un acuerdo entre el paciente y el médico sobre el tratamiento futuro. Dada la frecuencia del analfabetismo funcional en todas las culturas, los médicos deben poder iniciar el proceso sin recurrir a las palabras que figuran en un formulario de consentimiento.

En ocasiones, tanto en situación de conflicto como en tiempo de paz, el paciente es incapaz de dar su consentimiento a causa, por ejemplo, de la naturaleza de la enfermedad o de la lesión que lo condujo ante quien le presta asistencia. En ese caso, podrá dispensarse un tratamiento de soporte vital. El profesional de la salud debe tener la certeza de que consisten en tratamientos “clásicos” —es decir tratamientos que otro profesional de la salud dispensaría en esa situación— y deberá informar al paciente de lo que se hizo no bien sea posible.

El consentimiento también es adecuado respecto de la intromisión de los medios de comunicación. Para algunos políticos y otras personalidades públicas, algunas zonas de conflicto constituyen una oportunidad para exponerse ante los medios de comunicación. A veces, una personalidad desea ser fotografiada o filmada junto al lecho de los heridos y enfermos. Si bien algunos pacientes pueden disfrutar de la posibilidad de conocer a una celebridad, muchos de ellos no lo

aprecian, sobre todo en un momento en el que están sufriendo. Incluso para ser filmado por los medios de comunicación aunque no haya una celebridad, es necesario el consentimiento del paciente. Nunca se debe partir del principio de que los heridos y enfermos aceptarán de manera favorable lo que muchos verán como una intromisión en su vida privada.

Doble obligación

En algunas funciones, los médicos creen tener, además de su deber respecto del paciente, un deber respecto de su empleador. En general, prepondera el deber respecto del paciente, pero es esencial que el médico tome conciencia de los riesgos de conflicto. Un médico militar podría ser interrogado por el comando local acerca de la salud de algunos miembros de sus tropas. El médico tiene un deber de confidencialidad respecto del paciente, pero también es miembro de las fuerzas armadas y debe velar por no exponer a estas a un riesgo por esa confidencialidad. Además, está legalmente obligado a informar a los oficiales de alto rango del estado de salud de las tropas. En la práctica, esas tensiones están perfectamente contempladas y manejadas al proponer que el médico pueda informar al comandante que el estado de salud de tal o cual individuo impedirá que este cumpla con su misión, sin mayores precisiones. Es perfectamente legítimo preguntar al paciente/soldado si consiente que algunas informaciones sean suministradas al comandante, pero tiene derecho a negarse, salvo que existiera una obligación legal precisa en sentido contrario.

No todos los legisladores tienen la misma mirada sobre la confidencialidad y los derechos de los soldados; en algunos casos, el soldado podría haber renunciado al derecho de confidencialidad. Los médicos necesitan conocer la ley local que se aplica a esas situaciones. Si bien la ética es clara —hay un deber de confidencialidad— la ley puede prevalecer por sobre esta.

Las obligaciones respecto de un empleador no pueden primar sobre la ley y la ética. Ningún empleador puede obligar a un médico a violar la ley —por ejemplo, cooperar en abusos de los derechos humanos o hacer la vista gorda— ni a violar sus obligaciones éticas que consisten en tratar a los pacientes con sus consentimientos y preservar la confidencialidad.

Sin duda, los empleadores de profesionales de la salud en zonas de conflicto, en especial el ejército, pueden solicitar a sus empleados que violen las normas éticas relativas a la confidencialidad, la neutralidad, la no discriminación, etc., pero esa solicitud no significa una obligación de obedecer y las normas éticas deben respetarse. Un profesional de la salud al que se le solicite, por ejemplo, que trate de manera prioritaria a los miembros de su propio bando o a sus adeptos podrá hacer valer que la asistencia se presta en función de las necesidades y que la clasificación es una expresión de ese principio, dado que la cantidad de heridos o de pacientes que se presentan no permite tratar a todos los pacientes de inmediato. Al igual que con otros dilemas éticos, esas presiones deben debatirse antes de las crisis, para que aquellos que intenten tener peso en las decisiones en materia de asistencia, empleadores u otros, estén informados de los principios éticos que se seguirán.

Las fuerzas armadas de numerosos países ofrecen ejemplos de buenas prácticas. Dentro de las fuerzas británicas, el jefe de servicios médicos de Defensa (el médico militar de mayor rango de los tres cuerpos del ejército) declaró que los médicos preocupados por un problema de ética deberán informárselo a su comandante en el terreno, pero que si este no procede de manera adecuada, deberán comunicar su problema a las autoridades superiores a través de la cadena de mando médica⁸.

Confidencialidad

La confidencialidad médica es una noción mal entendida. No se trata de un derecho absoluto aplicable en todos los países, sino de un derecho ponderado, lo que significa que los médicos recaban información sensible y extremadamente personal sobre los pacientes, para establecer un diagnóstico y proponer un tratamiento. Cualquier otro uso de esa información debe contar con el acuerdo del paciente e incluso la transmisión de los datos a otros profesionales de la salud debe realizarse con prudencia y solo en la medida en que sea indispensable para tratar al paciente. En lugar de permitir un acceso total a la historia clínica completa, los médicos deben determinar lo que el profesional de la salud necesita saber para realizar su labor.

Por supuesto, existen excepciones, principalmente cuando el paciente da su consentimiento, cuando la ley lo exige o cuando existe un motivo de interés público imperioso.

A los fines de este artículo, se supone que las leyes se votan de conformidad con las buenas prácticas y no contemplan que haya médicos que puedan cometer una violación de la confidencialidad que consideran generalmente inaceptable o inadecuada. Si existen leyes inaceptables, corresponde a la profesión médica hacer una campaña para su derogación.

La transmisión de información en interés público debe contemplarse caso por caso. La *British Medical Association* aconseja a los médicos militares británicos:

- sopesar los beneficios de la transmisión de información respecto de los efectos perjudiciales de una violación de la confidencialidad;
- evaluar la urgencia de la necesidad de la transmisión de información;
- determinar si el paciente puede ser persuadido de transmitir su información de manera voluntaria;
- informar al paciente antes de la transmisión de información y solicitar su consentimiento, salvo que ello incremente el riesgo de efectos perjudiciales o atente contra el motivo de la transmisión;
- documentar las medidas tomadas para solicitar u obtener el consentimiento y las razones de la transmisión de información sin consentimiento;
- revelar solo la información estrictamente necesaria al efecto;
- ser capaces de justificar la transmisión de información;
- documentar el alcance y los motivos de la transmisión de información⁹.

8 Ministerio de Defensa británico, *Medical Support to Persons Detained by UK Forces Whilst on Operations*, Joint Service Publication 950, folleto 1-3-4, marzo de 2011.

9 BMA, *Ethical Decision-Making for Doctors in the Armed Forces: a Tool Kit*, Londres, 2012

En la práctica civil, un médico puede informar a un organismo que expide las licencias de conducir que una persona sigue conduciendo cuando es peligroso desde el punto de vista médico que lo haga, si esta se niega a cesar de conducir o a informar ella misma al organismo. El peligro para sí misma y para los demás justifica la violación de la confidencialidad, que es específica y limitada. En la práctica militar, cuando un soldado expresa una voluntad de suicidio o de homicidio y tiene acceso a las armas, el médico puede justificar la transmisión de esta información a un comandante. En ese caso, puede limitar la información expresando sus preocupaciones respecto de un individuo y recomendando se le niegue el acceso a las armas o calificándolo como médicamente no apto para el servicio.

Tratamiento experimental

En el marco de su práctica clínica, los profesionales de la salud saben bien en qué momento los pacientes tienen menor capacidad para expresar su opinión o actuar con autonomía. La historia de la medicina del siglo XX se caracteriza por experiencias médicas contrarias a la ética o abusivas, en especial en el marco de los intentos por comprender mejor la historia natural de la enfermedad y encontrar nuevos tratamientos. Esas experiencias condujeron a la redacción del Código de Nuremberg, luego a la Declaración de Helsinki¹⁰ de la AMM. En las situaciones de conflicto, algunos grupos son particularmente vulnerables a los abusos; sobre todo los combatientes enemigos heridos y los civiles de un grupo o Estado vencido. Velar por que se respeten sus derechos es una de las medidas que permitirá evitar cualquier experimentación en seres humanos, que es contraria a la ética y casi siempre ilegal.

La naturaleza de la asistencia de salud en situación de conflicto es tal que en un breve lapso de tiempo se verán numerosos pacientes con lesiones características de ese conflicto. Por ello, es posible que los profesionales de la salud piensen en nuevas soluciones de tratamiento. El desarrollo de nuevos tratamientos debe seguir la misma vía que en tiempo de paz. Los tratamientos experimentales exigen que las investigaciones realizadas reciban una aprobación ética. Las modificaciones respecto de las normas establecidas y bien entendidas deberán ser estudiadas con cuidado, y los médicos que tengan ideas de cambio deberán debatirlas con sus colegas y velar por que sean evaluadas con rigor. Los heridos en un conflicto no son animales de laboratorio, sino personas que gozan de todos los derechos correspondientes a ese estatuto, incluso el de participar voluntariamente o negarse a participar en los ensayos clínicos.

Existe abundante bibliografía sobre la experimentación en seres humanos y trata principalmente la metodología que se debe seguir para hacer validar las investigaciones por un comité local de ética. La misión de ese comité será verificar algunos puntos, como la validez científica de las investigaciones, la libertad de los participantes para negarse a tomar parte en ellas, la confidencialidad, el seguimiento y la inocuidad.

10 Declaración de Helsinki de la AMM - *Principios éticos para investigación médica en seres humanos*, adoptada en junio de 1964, modificada en octubre de 2008.

Las personas que inicien investigaciones deberán informarse de las estructuras de aprobación locales; aprehender bien la Declaración de Helsinki constituye un excelente comienzo para la redacción de un protocolo de investigación. Se debe comprender bien que la intención de los principios éticos es prevenir las investigaciones abusivas y garantizar a la opinión pública que si se les solicita participar en una investigación, esta estará correctamente concebida, llevada a cabo, controlada y seguida.

Confianza e idioma

Todo tratamiento médico se basa en la relación de confianza que se establece entre los pacientes y los profesionales de la salud, y particularmente con los médicos: los médicos confían en sus pacientes, en que les dicen la verdad, les dan antecedentes médicos exactos y cooperan con el tratamiento que se les propone; por su parte, los pacientes confían en los médicos, en que hacen todo lo que está a su alcance para ayudarlos y no hacerlos sufrir una discriminación injusta por cualquier motivo. Sin embargo, hay una discriminación justa, es decir, una discriminación fundada en las necesidades que no solo es aceptable desde el punto de vista ético, sino también un requisito de buenas prácticas.

La confianza se adquiere. Dado que numerosas relaciones médico-paciente se forjan en ocasión de una urgencia médica, la confianza adquirida es genérica: no se refiere precisamente a ese médico y ese paciente, sino a ese paciente y a su experiencia con los médicos en general. Si el paciente tuvo malas experiencias con intervenciones médicas o si proviene de una cultura en la que la confianza todavía no fue adquirida, es posible que no confíe. Dado que en numerosos conflictos los jóvenes soldados habrán tenido poca experiencia personal con los profesionales de la salud y también pueden verlos como un componente del orden establecido contra el cual se rebelan, la confianza puede faltar.

Cuando los pacientes y los profesionales de la salud provienen de dos bandos opuestos, la confianza puede verse minada por la sospecha e incluso por el miedo, la coerción o la violencia. Esto debe ser entendido y abordarse directamente en las comunicaciones entre el médico y el paciente.

Los profesionales de la salud pueden hallarse en una situación de emergencia en la que deban pasar más tiempo del que pensaban explicando quiénes son, cómo toman decisiones, lo que pueden proponer, cómo acompañarán al paciente y cómo se lo ayudará para tomar decisiones.

Una buena comunicación siempre es primordial en toda relación médico-paciente. Dado que la función del médico es establecer un diagnóstico y recomendar un tratamiento sobre la base de su experiencia clínica y su conocimiento de los hechos, la posibilidad de analizar diferentes opciones con el paciente resulta a todas luces esencial. Sin confianza intrínseca, la comunicación será más difícil e incluso más importante. En los conflictos en los que las fuerzas internacionales están presentes, en especial en el marco del mantenimiento de la paz, los principales prestadores de asistencia de salud no hablan el mismo idioma que la población local, cuyos miembros constituirán un porcentaje variable pero a menudo elevado

de heridos. En algunas situaciones de conflicto, la comunicación se verá inhibida por esas dificultades idiomáticas. Los intérpretes pueden resultar útiles, pero no siempre están disponibles para todos o incluso a toda hora del día o de la noche, cuando surja la necesidad. Pueden estar empleados para trabajar principalmente en zonas alejadas de la línea del frente clínico y pueden tener dificultades para desenvolverse con todos los matices de las informaciones clínicas.

Es por ello que a veces se recurre a otros combatientes o, incluso, a parientes o a ancianos del pueblo. Esta situación puede ser muy peligrosa; los médicos no pueden saber ni si la interpretación es fiel, ni si el paciente se siente cómodo para expresarse por medio de esas personas. Tampoco puede saber si el intérprete no profesional transmite bien todas las sutilezas y los matices de su función, en particular el respeto que tendrá por la decisión del paciente.

Si, por ejemplo, una paciente consulta a un médico después de una agresión sexual, una situación frecuente en los conflictos y en tiempo de paz, la confidencialidad es un requisito previo. En efecto, en numerosas sociedades, tanto la víctima como al agresor pueden ser culpados, y la agresión puede cubrir de vergüenza a su familia o hasta amenazar su vida. En esas circunstancias, solicitar a los parientes que interpreten los intercambios no es aceptable. Los demás intérpretes no profesionales también son inaceptables, ya que pueden tener lazos con la familia y el entorno social de la víctima que el profesional de la salud ignore. Los intérpretes profesionales deben estar formados para comprender su función y garantizar que serán capaces de traducir correctamente las palabras del médico.

Este artículo ya analizó el consentimiento, según el principio de que no se debe realizar nada a un individuo sin su acuerdo o consentimiento previo, prestado libremente. Si el profesional de la salud no puede transmitir al paciente el diagnóstico, las opciones de tratamiento y las consecuencias posibles de ese tratamiento o de la negativa a recibirlo, ni responder luego las preguntas del paciente, el consentimiento no puede prestarse. Un tratamiento dispensado en ese caso probablemente sea ilegal y constituya un acto de violencia. En cualquier caso, es contrario a la ética. Si la única posibilidad es la interpretación mediante un intérprete no profesional, ni el médico, ni el paciente pueden saber si lo que se transmite es exacto y completo, y la información inexacta o incompleta puede comprometer la confianza.

La comunicación es en gran parte no verbal y, a menudo, cultural y socialmente específica; los gestos que se entienden como un asentimiento o una negación en una población no siempre son iguales en las demás. Esta dificultad, sumada a los problemas de orden idiomático, puede suscitar malentendidos graves.

Cuando los profesionales de la salud tratan a personas con las que no tienen un idioma en común, deben procurar que haya intérpretes y recurrir lo menos posible a la asistencia informal o familiar. Cuando esa asistencia informal es la única posible, deben intentar cerciorarse de que el paciente no tenga inconveniente en que esa persona le preste ayuda.

Ataques dirigidos a las instalaciones y al personal de salud, y a los pacientes

Los ataques dirigidos a las instalaciones y al personal de salud, y a los pacientes son cada vez más frecuentes y están contemplados en un importante proyecto del CICR llamado “Asistencia de salud en peligro”¹¹. Las personas que trabajan en una zona de conflicto deben conocer los riesgos a los que se exponen ellas mismas y sus colegas. No se espera que continúen su labor a pesar de todos los peligros y, por el contrario, deben tener presente su seguridad y la de los demás. Si se establecen lazos de confianza y comprensión recíprocos con la comunidad local, es posible contribuir en gran medida a evitar esos ataques.

Desafíos éticos propios de los médicos militares que intervienen fuera de su ámbito de competencia

Los médicos militares trabajan como clínicos en diferentes servicios clínicos. También pueden tener que practicar medicina de guerra y ejercer funciones menos tradicionales o en ámbitos considerados especializados en tiempo de paz y para los que están menos formados. A menudo, cuando tienen que cumplir misiones para las que sus estudios universitarios y las diversas formaciones cursadas no los han preparado realmente, los médicos cometen errores de juicio ético.

En su función tradicional de clínicos, los médicos militares enfrentan dilemas diferentes a los que se plantean en la práctica médica civil ordinaria. En general, deben atender a expectativas culturales, cuestiones de confianza, dobles obligaciones y evaluar las capacidades. También se plantean cuestiones de clasificación, complicadas por factores como el papel del paciente antes de su lesión o enfermedad y las opciones de atenderlo fuera del marco militar. La naturaleza del trabajo en el marco de un conflicto armado es tal que puede ocurrir que el médico piense que el tratamiento necesario para el herido o enfermo excede a su ámbito de competencia. Por ejemplo, puede ser un buen cirujano general pero tener poca experiencia en lesiones de tórax o de la cabeza y tener que tratar un paciente que padezca ese tipo de lesiones.

El deber ético del médico es intervenir únicamente en el marco de sus competencias y no realizar actos que las excedan, ni aceptar realizarlos si se le diera la orden. Si el médico que no se siente suficientemente competente para realizar un acto también reconoce que la lesión es tal que solo una intervención inmediata puede salvar la vida del paciente o impedir secuelas muy graves y él es la única persona presente en un plazo razonable, puede decidir que su intervención semicalificada es una opción mejor para el paciente que la falta de intervención o la intervención por parte de una persona aún menos calificada. La decisión se funda en una evaluación honesta sobre lo que es preferible para el paciente y las demás opciones posibles. La salud del paciente es, como siempre, la consideración fundamental para el médico.

11 Para mayor información, consultar el sitio web del proyecto “Asistencia de salud en peligro” <http://health-careindanger.org/es/hcid-project-3/> (consultado en mayo de 2013).

Si se trata de lesiones corrientes, la cadena de mando seguramente habrá enviado un médico con la experiencia adecuada. Aquellos que trabajen en ámbitos en los que algunas lesiones son frecuentes también deben tomar medidas razonables para desarrollar sus competencias.

Detenidos

En situación de conflicto armado, los médicos y los demás profesionales de la salud pueden tener que atender a combatientes y no combatientes enemigos, incluso a prisioneros. Generalmente, en esas circunstancias el médico u otro profesional de la salud se encuentra en el terreno porque es, por ejemplo, un cirujano de guerra competente, que probablemente no tiene experiencia o formación en las funciones mixtas de la salud pública y la atención primaria necesaria para atender a detenidos.

Es fundamental tener presente que las personas privadas de libertad como consecuencia de un conflicto armado están protegidas por el DIH¹². Los médicos militares a los que se les solicite atender a detenidos deben comprender sus obligaciones en virtud del DIH¹³ y las obligaciones de protección de los detenidos que incumben a las autoridades detenedoras.

En su calidad de pacientes, esos detenidos gozan incluso del derecho a la asistencia médica conforme a la ética; poseen los mismos derechos para consentir o rechazar un tratamiento, contar con la confidencialidad, ser tratados por médicos competentes, etc.

Los médicos deben tomar en cuenta principalmente las necesidades de los detenidos por lo que respecta a salud pública y prevención. Deben conocer con precisión las condiciones de detención y evaluar sus posibles implicaciones médicas. La tuberculosis es una enfermedad corriente en el mundo. Las cárceles superpobladas, sobre todo si a ello se añade la humedad, una mala ventilación y una alimentación inadecuada de los reclusos, constituyen terrenos fértiles para infecciones cruzadas muy rápidas. Los médicos deben estudiar de cerca esas condiciones y, si sospechan que un prisionero podría constituir una fuente de infección, deben tomar medidas para proteger al resto de los detenidos.

Dado que lamentablemente los abusos cometidos contra los detenidos son corrientes, se aconseja proceder a un examen médico de los detenidos apenas sea

12 En situación de conflicto armado internacional, los prisioneros de guerra y los detenidos civiles están protegidos por el III Convenio de Ginebra relativo al trato debido a los prisioneros de guerra y por el IV Convenio de Ginebra relativo a la protección debida a las personas civiles en tiempo de guerra, así como también por el derecho consuetudinario (v. CICR, *El derecho internacional humanitario consuetudinario*, vol. I: Normas, Jean-Marie Henckaerts y Louise Doswald-Beck (dir. pub.), CICR, Buenos Aires 2005, en particular el capítulo 37). En situación de conflicto armado no internacional, las personas privadas de libertad por motivos vinculados al conflicto están protegidas por el artículo 3 común a los Convenios de Ginebra y por el Protocolo adicional a los Convenios de Ginebra del 12 de agosto de 1949 relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados no internacionales (Protocolo II), de 1977, así como también por el derecho consuetudinario aplicable.

13 Para mayor información sobre las responsabilidades del personal sanitario que trabaja en el marco de conflictos armados y otras emergencias, v. CICR *supra* nota 1.

posible tras su detención y consignar las eventuales lesiones que presentaran a su llegada. Si una lesión accidental o una enfermedad fortuita requiere una asistencia médica, el médico debe velar por que esta se preste a tiempo. Lo ideal es que ese examen sea efectuado por un médico pero, en su defecto, cualquier otro profesional de la salud, incluso un socorrista, deberá consignar el estado de salud del prisionero al momento de su detención. Como para todos los demás exámenes o tratamientos médicos, los reclusos tienen derecho a negarse y puede ocurrir que un prisionero se niegue a ser examinado. Dado que, seguramente, no reina una gran confianza entre el recluso y las autoridades que lo tienen detenido, es perfectamente comprensible. En ese caso, el médico puede consignar solo lo que ve, pero debe aprovechar esa oportunidad para intentar hacerlo entrar en confianza, sobre todo explicándole que su función no es la de un oficial militar enemigo, sino la de un médico cuyo único interés es la salud y el bienestar del paciente.

Lo ideal es que esos exámenes del estado de salud se efectúen cada vez que un detenido es trasladado de un sitio a otro, cuando deja el sitio y cuando llega a destino, a fin de cerciorarse de que no se cometió ningún abuso durante el traslado. Un examen regular de la salud de todos los detenidos debe formar parte de las obligaciones generales del médico responsable de la unidad de detención.

Malos tratos

En numerosas ocasiones, los médicos son los primeros en detectar los signos de abusos cometidos contra los detenidos o los miembros vulnerables de sus propias fuerzas. Esos signos pueden ser muy discretos, ya que a menudo las víctimas de abuso aprenden a ocultar los hechos. Además, los profesionales de la salud pueden ser poco propensos a sospechar de abusos, sobre todo cuando los autores pueden ser sus compañeros o sus amigos. La AMM, en su Declaración de Tokio, elaboró las Normas Directivas para Médicos con respecto a la Tortura y otros Tratos o Castigos crueles, inhumanos o degradantes, impuestos sobre personas detenidas o encarceladas¹⁴.

En esas situaciones, el médico debe comprender que su función no consiste solo en tratar signos y síntomas, sino también en intervenir para hacer que se detengan los abusos. Es, a la vez, una buena medicina preventiva y un requisito ético.

Los exámenes médicos deben realizarse con regularidad y cada vez que un detenido sea trasladado a otro establecimiento, en el marco de un control de salud general y para prevenir los abusos.

Como se indica anteriormente en el caso de los detenidos, los médicos también deben conocer las condiciones de detención (que pueden consistir en un tratamiento degradante o incluso cruel o inhumano). Caso contrario, seguramente

14 Declaración de Tokio de la AMM *Normas Directivas para Médicos con respecto a la Tortura y otros Tratos o Castigos crueles, inhumanos o degradantes, impuestos sobre personas detenidas o encarceladas*, octubre de 1975, adoptada por la 29.ª Asamblea Médica Mundial Tokio, Japón, octubre de 1975 y revisada en su redacción por la 173.ª Sesión del Consejo, Divonne-les-Bains, Francia, mayo de 2006, disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/c18/> (consultado en noviembre de 2012).

no sabrán qué enfermedades o lesiones son probables o no podrán velar por intervenir a fin de reducir los riesgos médicos. Si el médico no sabe que un detenido es mantenido en un sitio frío y húmedo, es posible que no tome en cuenta los riesgos de algunas enfermedades, como la tuberculosis. Asimismo, si no tiene conocimiento de otras amenazas que pesan sobre los detenidos, como ser golpeados por los guardias o por sus compañeros, no podrá buscar las lesiones de las que el detenido podría ser víctima y actuar en consecuencia.

Cuando se trata de malos tratos deliberados, la función de los médicos es crucial. Todos los seres humanos están protegidos contra la tortura y los tratos crueles, inhumanos y degradantes por el DIH y el derecho de los derechos humanos. Cuando se perpetran torturas o tratos crueles (que implican dolores o sufrimientos severos) los médicos tienen todas las posibilidades de comprobar sus resultados: contusiones, quemaduras, otras marcas y secuelas psicológicas. En ese estadio, deben intervenir e informar de sus sospechas a la cadena de mando militar local y, si los abusos no cesan inmediatamente, a la cadena de mando médica. Los oficiales superiores en esas dos cadenas de mando tienen obligaciones frente a los casos de tortura y malos tratos; la cadena médica está formada por oficiales que también tienen la obligación de velar por que los detenidos sean tratados con humanidad. Los médicos que toman esas medidas deben estar asimismo protegidos contra los ataques de compañeros y de otras personas que intenten desalentar esas intervenciones¹⁵.

Resulta comprensible que médicos que trabajan principalmente al servicio del ejército como cirujanos, anestesistas y otros especialistas de la medicina de guerra puedan hallar que su misión de médico de cárcel es desconcertante. Sus superiores deberían poner a su disposición material de aprendizaje confiable que pudiera aportarle el asesoramiento que necesitan. El médico no debe perder de vista que la salud del paciente, o sea la persona detenida, sigue siendo su principal deber en cuanto a la ética, lo cual lo ayudará a adoptar la buena conducta por instinto.

A los médicos que intervienen en situación de conflicto les esperan importantes dificultades, tanto clínicas como éticas. Un médico tendrá menos tendencia a desviarse del camino correcto en materia de ética si tiene presente que el paciente debe permanecer en el centro de sus preocupaciones y que debe tomar en cuenta a la persona en su conjunto.

Conclusión

La ética médica es un sistema contractual que fija límites a la libertad de los médicos y de los demás profesionales de la salud y forma la base de las expectativas del público respecto de las personas a las que se dirige para sus necesidades de salud. La ética no es un conjunto de normas simples, supone lograr un equilibrio

15 Declaración de Hamburgo de la AMM sobre el Apoyo a los Médicos que se Niegan a Participar o a Tolerar la Tortura u Otras Formas de Trato Cruel, Inhumano o Degradante, adoptada por la 49.ª Asamblea General de la AMM Hamburgo, Alemania, noviembre de 1997, y reafirmada por la 176.ª Sesión del Consejo, Berlín, Alemania, mayo de 2007.

entre los derechos y los deberes hacia los pacientes y la sociedad. Los médicos deben considerar cada día y en cada decisión que tomen cuáles son los dilemas éticos y cómo resolverlos de la mejor manera posible en cada caso.

Para que los principios éticos funcionen, los médicos deben dominarlos bien, para poder analizar los problemas. Las personas que los emplean y dirigen su trabajo, también deben comprender los principios éticos, ya que son las más capaces de cerciorarse de que se reúnan las mejores condiciones para permitir su aplicación. Los médicos necesitan formarse en el análisis ético a lo largo de toda su carrera médica, sobre la base de situaciones clínicas reales. Después de esas formaciones, existe una verdadera oportunidad de diálogo con aquellos que tienen el poder de cambiar la situación para hacerla propicia para la aplicación de principio éticos elevados.

Los profesionales de la salud no formados pueden hallar verdaderas dificultades; es claro que en el reciente enfrentamiento británico en Irak, los médicos encargados de los detenidos no estaban preparados para llevar adelante ese tipo de tareas y no disponían de todos los documentos de formación u orientación adecuados. Desde entonces, el Ministerio de Defensa británico se comprometió a velar por que los médicos estén formados e informados sobre las especificidades de su acción, sobre todo si deben atender a detenidos.

Dado que, tal como se demostró anteriormente, resulta tan fácil detectar las situaciones en las que los principios éticos están sujetos a tensiones particulares durante un conflicto, es muy importante que las personas que acudan a las zonas de conflicto sean conscientes de las tensiones y reciban asistencia para aplicar todas las herramientas necesarias. La caja de herramientas de la *British Medical Association* y la publicación del CICR sobre las responsabilidades del personal de salud¹⁶ son particularmente útiles, ya que ambas están concebidas para ayudar a las personas que trabajan en esas circunstancias. También es interesante para los profesionales de la salud leer más obras sobre la ética médica y entrenarse en la práctica del análisis ético cuando se hallen en situaciones en las que pueden contar con el asesoramiento de otras personas.

La ética protege al público, pero también a los médicos y a los demás profesionales de la salud con vocación de ayudar al prójimo. La ética, por sobre todas las cosas, constituye la base de los aspectos humanitarios y de la prestación de asistencia en la práctica médica; es una herramienta que contribuye a garantizar la calidad de la asistencia para todos.

16 V. BMA, *supra* nota 9; y CICR, *supra* nota 1.