

ÉTICA EN LA MEDICINA DEL DEPORTE

ETHICS IN THE SPORT MEDICINE

Para abordar el asunto que da nombre a esta ponencia, resulta imprescindible conocer previamente cuál es el marco en el que se desenvuelve esta actividad profesional. Para ello, ascenderemos dos peldaños y se dará una panorámica sobre qué ética preside la sociedad y qué ética se presenta en el ejercicio de la medicina en general.

LA ÉTICA EN LA SOCIEDAD

Nuestra sociedad, la de los países desarrollados, vive centrada en sus problemas. Ignora, pretende ignorar, las enormes injusticias y desigualdades que existen en el mundo y únicamente se preocupa, se moviliza, cuando determinados acontecimientos pueden afectarla, aunque sea de forma remota. Un ejemplo de ello se vivió recientemente, con las movilizaciones de masas para protestar por la intervención militar en Irak. Se apelaba entonces a lo injusta que resultaba la muerte de civiles.

Mientras tanto, la sociedad permite -nosotros permitimos- que diariamente mueran 24.000 personas por consecuencia directa de la falta de alimentos: de hambre. Y no deja de resultar curioso que entre Europa y los EE.UU. se genere anualmente un gasto de 17.000 millones de euros...en comida para animales.

Otro ejemplo de la importancia que nuestra sociedad concede a las vidas humanas, también

tiene un antecedente muy cercano. En el año 2002, el grupo de los ocho países más ricos y poderosos del mundo, decidió realizar una inversión de 1.200.000.000 de euros. El objetivo es dedicarlo a la lucha contra la tuberculosis, la malaria y el Sida en los siguientes cinco años. Esta decisión se tomó porque estas tres enfermedades acaban con la vida de siete millones de personas cada año. Y había que hacer algo.

El 11 de septiembre de 2001, en una aterradora intervención terrorista, murieron 3.000 personas en las Torres Gemelas. Como consecuencia de ello, las medidas de seguridad en los aeropuertos han aumentado de forma considerable. Tanto que ha supuesto un gasto de 1.500.000.000 de euros durante 2002.

Un simple cálculo matemático permite reafirmar qué es importante y qué accesorio.

Por cada muerto de tuberculosis, malaria o Sida en los próximos cinco años, se producirá una inversión de 171 euros. Por cada muerto en las Torres Gemelas, durante 2002 se ha producido una inversión de 500.000 euros.

ÉTICA EN LA MEDICINA

La medicina vive un momento en el que los principios bioéticos están siempre presentes. Autonomía, consentimiento informado, testamento vital, decisiones compartidas, derecho a

Fernando A. Verdú Pascual

Profesor Titular de Medicina Legal y Forense
Departamento de Medicina Legal
Facultat de Medicina i Odontologia
Universitat de València

CORRESPONDENCIA:

Fernando A. Verdú Pascual. Departamento de Medicina Legal. Facultat de Medicina i Odontologia. Universitat de València
Avda. Blasco Ibañez, 15. 46010 Valencia

Aceptado: 05-01-2004 / Artículo especial nº 4

la intimidad... son conceptos que generan reuniones, artículos y monografías en las que se pontifica sobre cómo debe ser la relación médico-paciente.

Debemos plantearnos, si se quiere ser riguroso, que en la actividad profesional se encuentra implicadas -abreviando- dos personas. Ambas con sus creencias, con sus derechos y libertades. Ambas respetables.

La finalidad de la relación es notoria: curar al paciente. Hemos utilizado la palabra curar y no otra, de forma absolutamente consciente como un poco más adelante se verá.

El médico debe saber que el paciente tiene unos derechos y que su obligación es respetarlos. Pero el respeto a los derechos del paciente no es una obligación absoluta, ni mucho menos. Es por el contrario, una obligación relativa que cesa cuando entran en escena los derechos del médico que, como he señalado, también los tiene.

Entre esos derechos destaca, por su trascendencia para el futuro, el derecho a la libertad de conciencia.

Por ello, es perfectamente lícito y respetable que un médico, ante una petición de un paciente cuyo cumplimiento suponga un quebrantamiento de su conciencia, de sus creencias, no se pliegue a los solicitado.

De igual forma, el médico ha de procurar que su conciencia, su derecho a no tener que sacrificar sus creencias en aras del enfermo, no perturbe los derechos del otro.

En este sencillo y apabullantemente claro marco de relaciones interpersonales, han surgido las diferentes leyes sobre autonomía del paciente y otros aspectos.

Son elaboradas, en su mayoría, por hombres y mujeres del derecho, con los correspondientes respaldos filosóficos, éticos, religiosos y sociales.

Ese alejamiento de la práctica clínica diaria les permite ser asépticos cuando elaboran los arti-

culados de las leyes que han de regir la relación médico-paciente.

Con base en ellas, los pacientes manifiestan sus deseos para futuras situaciones médicas, indicando qué desean que hagan los médicos.

Y lo que tiene que hacer el médico es, simplemente, curar a su paciente. Pero entendiendo el término curar en su auténtico significado, que no es el de sanar, sino el de tener cuidado. Cuidar. Esa es la obligación suprema. Velar por que se haga lo mejor para el paciente.

Sin embargo, en demasiadas ocasiones no se respeta ese principio básico. Por ejemplo, con el uso de placebo en los ensayos clínicos.

Un artículo (Long-Term, Low-Intensity Warfarin Therapy for the Prevention of Recurrent Venous Thromboembolism, en <http://content.nejm.org/>) ponía de manifiesto que, después cinco años de seguimiento -fue en 1998 cuando se inició el ensayo- se había obtenido unos resultados suficientemente fiables como para darlo por concluido.

Pensé que este grupo había seguido fielmente lo que tiene dispuesto la Declaración de Helsinki en materia de ensayos clínicos, que en su apartado 17 señala:

"Los médicos deben abstenerse de participar en proyectos de investigación en seres humanos a menos de que estén seguros de que los riesgos inherentes han sido adecuadamente evaluados y de que es posible hacerles frente de manera satisfactoria. Deben suspender el experimento en marcha si observan que los riesgos que implican son más importantes que los beneficios esperados o si existen pruebas concluyentes de resultados positivos o beneficiosos".

Eran precisamente pruebas concluyentes de resultados positivos, las que movieron a los investigadores a solicitar la suspensión a principios de diciembre de 2002 que finalmente fue autorizada por el Instituto Nacional de Sangre, Pulmón y Corazón de Estados Unidos.

Como es lógico y natural, me dirigí a la dirección electrónica que me había sido remitido y tuve acceso al texto completo del artículo. Y fue entonces cuando cambió mi impresión sobre algunos aspectos éticos de la investigación.

Los investigadores, habían integrado inicialmente en el estudio 508 pacientes procedentes de 52 centros sanitarios de Estados Unidos, Canadá y Suiza. La cifra que se incrementó hasta 750 personas en el momento de finalizar la investigación. Mayores de 30 años, habían tenido previamente episodios de trombosis venosa profunda (TVP) y embolia pulmonar (EP), sin relación con intervenciones quirúrgicas, traumatismos o metástasis.

Los pacientes fueron divididos aleatoriamente en los grupos A y B, de modo que recibían tratamientos distintos.

Cuando los autores decidieron solicitar la suspensión habían constatado una reducción del 64 por ciento en la recurrencia de los episodios de TVP y EP en el los pacientes asignados al grupo A del ensayo. Además tampoco se había detectado ningún efecto secundario derivado del tratamiento A.

Otra de las observaciones fue que el riesgo de muerte también disminuyó un 48 por ciento entre los pacientes asignados al grupo A.

Tal vez alguien todavía se pregunte dónde está el problema. Efectivamente: el problema, la cuestión ética, está en el tratamiento que se asignó a cada uno de los grupos.

Al grupo A se asignó un tratamiento con warfarina en dosis bajas, mientras que al grupo B se le administró...placebo. Nada terapéutico, nada preventivo, nada beneficioso, nada protector. Sólo placebo.

Si volvemos a la Declaración de Helsinki veremos que el apartado 29 impone como uno de los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos: "*Los posibles benefi-*

cios, riesgos, costos y eficacia de todo procedimiento nuevo deben ser evaluados mediante su comparación con los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos disponibles. Ello no excluye que pueda usarse un placebo, o ningún tratamiento, en estudios para los que no se dispone de procedimientos preventivos, diagnósticos o terapéuticos probados".

¿No se disponía de procedimientos preventivos, diagnósticos o terapéuticos probados en este caso? La respuesta es que sí: se disponía. En el propio texto del artículo que presenta el ensayo clínico, se hace referencia a la existencia de estudios previos en los que se estudia la efectividad de dosis medias de warfarina, en comparación con dosis altas. Y en la bibliografía del trabajo, también pueden encontrarse ensayos realizados con otras pautas de anticoagulantes.

¿Cumple ese estudio los principios éticos de la Declaración de Helsinki?

Y este no es un caso aislado, ni mucho menos.

Como ejemplo: pensemos en los ensayos clínicos que se llevan a cabo en situaciones de urgencia (infarto agudo de miocardio, accidente cerebrovascular, etc...). ¿Es una situación de urgencia oportuna para solicitar a un enfermo - o a sus familiares- si se quiere participar en un ensayo clínico? Pues a lo largo y ancho del mundo desarrollado, se están llevando a cabo ese tipo de ensayos clínicos.

Que son necesarios nadie lo niega. Pero que se hacen sin el consentimiento informado preceptivo, también es innegable.

ÉTICA EN LA MEDICINA DEL DEPORTE

En la medicina del deporte hay también un gran número de cuestiones éticas que abordar y dan, sin duda, para elaborar una monografía. Las limitaciones que impone espacio únicamente permiten que se trate dos de ellas: secreto profesional y el modelado de deportistas.

El sigilo profesional en la medicina del deporte

Como norma general: el acto médico, en el ejercicio de la medicina del deporte, no se diferencia del practicado en cualquiera otra esfera. Esta afirmación, que para alguien pudiera ser innecesaria, es, sin embargo, la referencia que nunca debe perderse y que permitirá adoptar, en cada caso, la postura más adecuada a la situación.

No obstante, no puede olvidarse que la medicina del deporte se ejerce en planos muy distintos.

Es medicina del deporte la expedición de un certificado de aptitud para un joven, desconocido, que quiere federarse para practicar un deporte.

También lo es la rehabilitación de la rodilla de un futbolista de 35 años, lesionado en un campeonato de baloncesto entre empresas.

Asimismo, es este tipo de medicina la realización de una menisectomía en un joven de 17 años, lesionado cuando empieza a despuntar en la práctica del fútbol.

Finalmente, es medicina del deporte la reconstrucción de un tendón rotuliano que se ha roto, en su partido de presentación, el último astro argentino fichado por el equipo campeón de la primera división de fútbol.

Como fácilmente se intuye, la violación de la obligación de silencio, en cada uno de los casos expuestos, puede tener consecuencias distintas. Por ello, como se ha apuntado más arriba, ha de evaluarse muy detenidamente si hay motivo para no respetar el derecho del paciente a que su intimidad se mantenga incólume.

Se va a partir de que, en general, se han de mantener las normas vigentes, sean deontológicas o estrictamente legales. Por ello, si no se da ninguna de las circunstancias que liberan

del compromiso de reserva, no se puede comunicar, a nadie, nada de lo que se ha conocido durante la relación.

Por otro lado, hay dos situaciones que se repiten con dispar frecuencia. La primera es la necesaria y enriquecedora relación con los colegas. La segunda, menos reiterada para la mayoría pero muy frecuente para una relativa minoría, es la relación con los medios de comunicación social.

El secreto en la relación con los colegas

Desgraciadamente lo habitual, la rutina, es pensar que hablar de un enfermo con un colega, independientemente de la relación que se tenga con este, es una práctica acorde con las disposiciones que regulan el secreto profesional.

Sin embargo, ha de hacerse una clara distinción: una cosa es hablar, divulgar el secreto de un enfermo, con un colega al que se le quiere pedir una opinión sobre un caso concreto. Es la reconocida figura del secreto compartido, que busca la mejor asistencia para quien, profesionalmente, ha confiado en un médico. Es perfectamente lícita, ética y está amparada por la obligación de sigilo que compete al colega consultado.

Pero al hablar con otro colega, cuando la finalidad no es asistencial, se ha de ser extremadamente cuidadoso con lo que se revela. Se han de mantener los mecanismos de control para que, de forma directa o indirecta, no se pueda acceder a la identidad de quien se está hablando.

Si no se actúa de esa forma, el médico provocará que un colega, al que descuidadamente ha abierto la intimidad de un paciente, deba decidir sobre el destino de la información que ha recibido de forma indebida.

El secreto en la relación con los medios de comunicación

Este aspecto, siempre espinoso, ha de abordarse a partir de una premisa: levantar el secreto

con la autorización del paciente, es la última de las circunstancias eximentes que está recogida en el artículo 16 del Código de Ética y Deontología de la Organización Médica Colegial, reproducido anteriormente.

Sin embargo, el Código vigente en Cataluña ha preferido una redacción más acorde con las declaraciones internacionales, ya que no incluye esta circunstancia como eximente de la obligación de silencio, sino que le ha dedicado un párrafo aparte en el que puede leerse: "*La autorización del paciente a revelar el secreto no obliga al médico a hacerlo. En todo caso, el médico siempre ha de cuidar el mantenimiento de la confianza social hacia la confidencialidad médica*".

En el campo estricto de la medicina del deporte, se dispone del Código de Ética y Deontología del Médico deportivo español, que señala en su punto Quinto esta promesa: "*Guardar silencio sobre los datos a mí confiados en el ejercicio de mi especialidad, reservando su confidencialidad y transfiriendo sólo la que sea autorizada por el propio Deportista, por los cauces adecuados y a las personas debidamente cualificadas*".

El Código Ético de la Medicina Deportiva de la Federación Internacional de Medicina del Deporte, promulgado en 1997, ha hecho una clara distinción a este respecto.

Parte de una primera rotunda afirmación: "*El derecho del atleta a la intimidad se debe proteger*".

En un segundo apartado, indica el comportamiento adecuado en el caso de atención a un deportista: "*Dado el extremado interés del público y los medios por la salud de los deportistas, el médico debe decidir con este qué información puede ser liberada para la distribución pública*".

Pero donde este Código Internacional es absolutamente claro es cuando se refiere a los médicos de equipos. Dice a este respecto: "*cuándo se trabaja en un equipo, el médico deportivo asume la responsabilidad de los atletas, tanto como los ad-*

ministradores del equipo y los entrenadores. Es esencial que cada deportista sea informado sobre esta responsabilidad y que autorice la revelación de información médica, que en otro caso sería confidencial, pero únicamente a las personas responsables y con la finalidad exclusiva de conocer el estado de salud del deportista para la competición".

Se puede deducir de todo o dicho hasta el momento que, con la implícita autorización del deportista, el médico de un equipo debe informar al entrenador, a la entidad.

Si la entidad, posteriormente, informa a los medios de comunicación, es un hecho que escapa al control del médico.

Modelado de deportistas

La existencia de determinados deportes de alta competición, hace necesario que los deportistas sean seleccionados entre menores que tienen ciertas aptitudes. Posteriormente, se les ha de someter a regímenes de vida estrictamente controlados.

Para evitar cualquier tipo de conflicto respecto a los aspectos médicos de este modelado, de forma imperativa, se ha de obtener el consentimiento de los padres o representantes legales del menor. Naturalmente, para obtenerlo se habrá de facilitar la correspondiente información, referida tanto al presente como al futuro del deportista.

Finalmente, debe obtenerse además el asentimiento del menor a los actos previstos.

El incumplimiento podría generar responsabilidades penales, civiles o administrativas.

Todo ello, sin olvidar lo que señala Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre las Normas de Atención Médica para la Medicina Deportiva, que prohíbe expresamente "la modificación artificial de las características propias a la edad y al sexo".

B I B L I O G R A F I A

- Criado del Río T.** Aspectos Médico legales de la Historia Clínica. *Colex* 1999.
- De Ángel Yaguez R.** *Responsabilidad Civil por Actos Médicos, Problemas de Prueba.* Civitas Ed. 1999.
- García Blázquez M, Molinos Cobo J.** *Manual práctico de responsabilidad y defensa en la profesión médica.* Granada: Comares, 1995.
- Gisbert Calabuig JA.** *Medicina Legal y Toxicología.* 5ª edición. Barcelona: Masson S.A., 1998.
- Martínez Calcerrada L.** *La Responsabilidad Civil Profesional.* 2ª Edición. *Colex* 1999.
- Verdú Pascual FA.** El Secreto Profesional en la Medicina del Deporte. *Archivos de Medicina del Deporte.* 1999;XVI(69): 57-80.
- Verdú Pascual FA.** *Secreto profesional médico. Normas y usos.* Barcelona: Ediciones Mayo S.A., 2001.
- Verdú Pascual FA, Castelló Ponce A.** Randomised clinical trials: A source of ethical dilemmas. *Journal of Medical Ethics* 2001;27:177-8.
- Verdú Pascual FA.** El secreto profesional del médico, una carencia constitucional. *Diario Médico*, 8 de noviembre de 2001. <http://www.diariomedico.com/edicion/noticia/0,2458,74008,00.html>
- Verdú Pascual FA, Castelló Ponce A.** Informed consent doesn't exist in AMI trials. *Journal of Medical Ethics* 2002;28:190-1.
- Verdú Pascual FA.** El cuestionable uso de placebo en ensayos clínicos. *Siete Días Médicos* 2003;555:69.