Apuntes de Bioética
Vol. 7 No. 1 (2024): Apuntes de Bioética Vol. 07. N° 1, 05-19
General Bioethics

The Forgotten Rights of the Physician and the Forgotten Obligations of the Patient (in the Doctor-Patient Relationship)

Juan Carlos Riofrio Strathmore University, Nairobi, Kenia
John Branya Strathmore University, Nairobi, Kenia

The present work fills a frequent gap in bioethical literature, which tends to be more focused on patient rights (especially autonomy) and physician duties. From a more interpersonal, bioethical, and legal perspective, this work highlights the forgotten aspects of the doctor-patient relationship to balance the positions of the parties. For this purpose, following a historical introduction, the human significance of the doctor-patient relationship is examined. This is then compared with a list of human rights and ethical-legal standards (taken from another work), as well as with some current regulations. In this way, the main rights of the doctor and the duties of the patient are systematically analyzed. This new approach highlights some forgotten aspects of this relationship, such as: the patient's primary duty to take care of themselves, their duty to collaborate with medical work, and their duty of gratitude to medical staff, as well as the physician's right to rest, to adopt certain security measures, to object to treatments they consider immoral or unproportional, to freedom of expression, and to dialogue on equal terms with other professions.

Palabras clave: Derechos humanos; Paciente; Responsabilidad; Investigación médica; Derecho a la salud.

Abstract

The present work fills a frequent gap in bioethical literature, which tends to be more focused on patient rights (especially autonomy) and physician duties. From a more interpersonal, bioethical, and legal perspective, this work highlights the forgotten aspects of the doctor-patient relationship to balance the positions of the parties. For this purpose, following a historical introduction, the human significance of the doctor-patient relationship is examined. This is then compared with a list of human rights and ethical-legal standards (taken from another work), as well as with some current regulations. In this way, the main rights of the doctor and the duties of the patient are systematically analyzed. This new approach highlights some forgotten aspects of this relationship, such as: the patient's primary duty to take care of themselves, their duty to collaborate with medical work, and their duty of gratitude to medical staff, as well as the physician's right to rest, to adopt certain security measures, to object to treatments they consider immoral or unproportional, to freedom of expression, and to dialogue on equal terms with other professions.

Keywords: Human rights; Patient; Responsibility; Medical research; Right to health.

Introducción

El artículo tiene por objetivo clarificar cuáles son los derechos del médico y los deberes del paciente en la relación que los une, cuando hoy justamente se ponen los acentos en lo contrario (en los derechos del paciente y en los deberes del médico). Se considera que ello contribuirá a una más balanceada y justa definición del estatuto jurídico que regula la relación médico-paciente y, sobre todo, a una comprensión más humana de tal relación.

El estudio comienza con algunas reflexiones sobre el profundo sentido humano que tiene la relación médico-paciente, la misma que debería basarse en valores como la compasión, el cuidado y la humildad. A partir de ahí, se expone una lista de derechos del médico y deberes del paciente para analizar de forma sistemática si en cada elemento se verifica tal sentido humano. Tal revisión termina mostrando las deficiencias de las políticas que hoy rigen la materia y resalta cuáles son los posibles campos de mejora.

Aproximación histórica

Buena parte de la doctrina bioética y del personal médico, especialmente estadounidense, hoy se rige bajo los célebres cuatro principios formulados en 1979 por Beauchamp y Childress (1979/1994), bajo unas circunstancias muy particulares. Con el loable fin de profundizar en el conocimiento médico y de descubrir terapias más eficaces, desde los años treinta muchos científicos y médicos comenzaron a experimentar con seres humanos de una manera inusual. Son muy conocidos los atroces experimentos realizados sobre cientos de mujeres judías embarazadas por los nazis en Auschwitz y Birkenau bajo leyes formalmente aprobadas por el parlamento: sin sedantes ni nada, abrían su vientre para ver cómo evolucionaba el embrión. En una época carente de rayos X y cámaras sofisticadas como las tenemos hoy, esa era la única manera de ver directamente lo que sucedía dentro del cuerpo humano. Las mujeres y sus hijos, por supuesto, morían poco después.

Tales experimentos no se dieron solamente en la terrorífica Alemania nazi, sino también en el mundo más “civilizado”. Desde 1932, el departamento norteamericano de *PublicHealthService* y el *Center forDisease Control and Prevention*(CDC) condujeron una serie de experimentos sobre cuatrocientos afroamericanos para constatar qué efectos tenía la sífilis que no se trataba. Ellos nunca fueron informados sobre la naturaleza del experimento y al final murió la cuarta parte de ellos. Los experimentos Tuskegee duraron hasta 1972 cuando, en medio de un creciente activismo social en temas de igualdad racial y liberación femenina, sus resultados salieron a la luz pública causando gran conmoción social. Finalmente, el Congreso de los Estados Unidos tomó cartas en el asunto y, en 1974, creó la Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y del Comportamiento con el objetivo de identificar los principios éticos básicos que debían regir la investigación con seres humanos y la medicina en general. El resultado fue el denominado *Informe Belmont* (1979) que contenía tres principios éticos básicos: la beneficencia, el respeto de la autonomía individual y la justicia. Un miembro de la Comisión, Tom L. Beauchamp, no quedó muy satisfecho con el trabajo realizado. Por ello decidió estudiar nuevamente la materia con James F. Childress, con quien escribió el libro *Principlesof BiomedicalEthics*(Beauchamp & Childress, 1979/1994) que hoy contiene los cuatro famosos principios de la bioética anglosajona: los tres del informe Belmont y el principio de no-maleficencia. Sobra decir cuánto ellos han influido en la posterior regulación sobre el tema en todo el mundo (Ammar, 2014; Siurana, 2010; Olivero et al., 2008).

Las palabras “justicia” y “autonomía” suenan bien siempre, pero es preciso ver qué significaban entonces. En el contexto de los años setenta el principio de justicia significaba atenerse a los derechos humanos que los activistas promovían en las cortes y en la ONU, que con frecuencia terminaban aprobados en forma de una declaración, resolución o tratado internacional. Por eso Camps (2005) puede decir que “tales principios no hacen sino traducir al lenguaje bioético los derechos humanos” (p. 15). Las libertades del individuo volvían a ser la bandera de lucha de las masas.

El principio más importante para muchos, y el que ocupó el primer puesto en el libro de Beauchamp y Childress (1979/1994), fue el principio de autonomía. La autonomía fue entendida como la facultad de quien “actúa libremente de acuerdo con un plan autoescogido” (p. 121). Para los autores, ella incluía tanto la *libertad*, entendida como independencia de presiones externas, como la *agencia*, relacionada con la capacidad interna para la acción intencional. En ambos casos, la autonomía que prima es la del paciente. Poco se habla ahí de la justicia debida a los doctores o

de la libertad de consciencia del personal médico.

Estas particularísimas circunstancias influyeron para que la regulación de la relación médico-paciente evolucionara poniendo los acentos en los derechos del paciente. Las continuas demandas que desde entonces el personal médico sufre, junto a la multitud de leyes populares aprobadas para garantizar los derechos (reales o supuestos) del paciente, ha terminado despersonalizando bastante la relación. Hoy los doctores dedican mucho tiempo y recursos para ver cómo protegerse de las continuas nuevas obligaciones que el legislador crea y de las eventuales demandas que pueden sufrir. Va quedando cada vez más lejana aquella figura del doctor familiar que conocía a todos en casa y podía dialogar con ellos sobre cualquier tema, o de la enfermera que se podía interesar por la salud espiritual de sus pacientes. Hoy no solo ello va quedando en el olvido, sino que algunos de estos aspectos incluso se restringen como en ninguna otra profesión.

Escribimos este artículo, pues, para reafirmar los derechos olvidados del médico y para resaltar los deberes del paciente en la relación que los une.

Sentido humano y razón de ser de la relación médico-paciente

Lo primero que hay que decir es que es falso que el ser humano sea perfectamente autónomo. Al contrario, al nacer somos la especie más desvalida de todas las que pueblan la faz de la tierra, y lo será por muchos años hasta que pueda valerse por sí mismo en sociedad. Las enfermedades más serias muestran claramente cuánto depende el paciente de su familia, del médico, de la farmacia y del estado, encargado de organizar todo para el bien común. El principio de autonomía de Beauchamp y Childress (1979/1994) es entendible en las circunstancias en que fue aprobado, pero descuida un elemento esencial de la vida humana: nadie es autosuficiente. Desde que nacemos hasta que morimos necesitamos siempre de los demás.

La labor médica es sumamente loable. Una persona estudia más de siete años para prestar un servicio al que sufre. Muchas veces lo hará de forma gratuita. Hoy se dice que el médico ha de evitar involucrarse mucho con el sufrimiento del paciente, pues debe tener la cabeza fría para realizar acertadamente su labor. Sin quitar lo que pueda haber de cierto en tal tesis, consideramos que la actitud correcta de quien tiene a su cargo un enfermo debe ser la de la compasión.

La compasión es una noción muy rica. Es fácil adivinar cómo se compuso la palabra haciendo una búsqueda etimológica de la palabra “padecer”, la cual procede del latín *cumpassio*, que a su vez calca el vocablo griego συμπάθεια (*sympátheia*), palabra compuesta de συν + πάσχω = συμπάσχω, literalmente “sufrir juntos” (Corominas & Pascual, 1985). El compasivo padece-con otro. La compasión ha sido justificada desde diversos ángulos. Los discursos pontificios recomiendan ser compasivo como el Mesías lo fue con las multitudes, con Jerusalén y con los enfermos. Además, conviene notar en el campo teológico que el Salvador vino a padecer, a padecer-con-nosotros para luego resucitar-con-nosotros y así liberarnos de la muerte más profunda. Por su parte, la psicología explica cómo la compasión surge de la empatía, del verse reflejado en el rostro ajeno (lo que no sucede cuando vemos una planta o un felino). Y la neurología atiende a los efectos de las neuronas espejo.

En la bioética la literatura sobre la compasión es abundante (García & Villa, 2022; Washburn, 2004; Del Río, 2014). Solo cabe precisar que los vínculos que unen al género humano son vínculos de sangre: somos una verdadera familia. Cuando un miembro de la familia sufre, toda la familia sufre, y nacen ciertos deberes familiares. En varias especies de animales el instinto de autoconservación incluye la defensa de los miembros de la propia familia o manada. Un instinto similar existe en el género humano, aunque reforzado racionalmente: sabemos que cada persona es algo valioso que hay que proteger. Así, instinto y razón nos inclinan a ayudar al miembro de nuestra especie que padece. El deber de ser un buen samaritano es un deber familiar.

En esto consiste precisamente la gloria de la profesión médica, en el cuidado compasivo de la

persona. Compasivo no necesariamente por sufrir al mismo nivel que el paciente, sino fundamentalmente por la capacidad de entenderlo, de hacerse cargo de él, de acompañarlo en su pasión, y de colaborar activamente para superar sus males. Por eso, la compasión es uno de los pilares que fundamentan la relación interpersonal médico-paciente (sin ella no sería relación interpersonal, sino cosa-objeto) y la que mejor explica la razón de ser de los derechos y deberes de las partes. Otros pilares que justifican tales derechos y deberes son el principio de bien común, de respeto de la dignidad ajena y el deber de protección de lo que es valioso (sobre todo, la persona).

Si el principio que impera en la labor médica es el de cuidado humilde y compasivo del paciente (lo que es algo más preciso que el principio general de beneficencia, aplicable a cualquier profesión), el principio que ha de regir al paciente es el de *responsabilidad, colaboración y gratitud*. Responsabilidad porque, como numerosas veces se ha repetido (Sgreccia, 1989), el primer responsable de conservar y defender la propia vida, y de poner los medios para adquirir una buena salud, es el paciente mismo. En ello se funda el principio de libertad del paciente para escoger el tratamiento médico que se considere más acertado, para que la decisión del interesado prevalezca sobre la del doctor, y el derecho de aceptar o rechazar la participación en experimentos médicos o científicos. De otra forma, sería la voluntad del doctor la que debería prevalecer.

La libertad tiene sentido. No es una ruleta en donde da exactamente igual que la bola caiga en blanco o negro, en deseos de salir adelante o en la decisión de suicidarse. En temas bioéticos la libertad tiene un fin muy específico (la vida y la salud) y se funda en una responsabilidad: debe protegerse lo que es muy valioso. Esta visión de la libertad me parece más ajustada a la realidad. Si la policía descubre a un suicida que intenta lanzarse desde el techo de un edificio, lo normal es que suba allá para disuadirlo de tal barbaridad, y no para empujarlo y "auxiliarlo con su suicidio". La libertad en temas de vida es para la vida. La libertad en temas de salud es para la salud.

Nadie va al doctor para pedir que lo torturen lentamente, ni a la farmacia para que le inyecten enfermedades. Si se sabe que un tratamiento genera dolor, solo cabe ejecutarlo en vistas de un bien mayor. Siendo el paciente el primer responsable de su salud y vida, él es el primer obligado en decir con transparencia lo que le sucede para que el doctor le entienda bien y le pueda asesorar, él es el primer obligado en poner los medios que entiende son buenos para curarse, y él es el primer obligado en colaborar con los tratamientos que el médico le ofrece (cuando fueron aceptados por él). Este es el principio de colaboración del paciente.

Nadie puede pagar de vuelta a los padres la vida recibida. Tal obligación es simplemente impagable; subsistirá de por vida como un deber general de gratitud. Un deber semejante guardan los que han superado un mal mortal con quienes los han salvado de la muerte, y, en menor medida, cuando solo ha estado en juego la salud.

Estos tres principios (de responsabilidad, colaboración y gratitud) generan múltiples obligaciones en el paciente, y varios derechos en el médico, según veremos a continuación.

Deberes del paciente

En el presente trabajo se propone que los deberes del paciente queden sintetizados en diez, mismos que se exponen a continuación.

El paciente tiene el deber de:

1. Ser el primer responsable de su propia vida y salud. Esto implica el deber de tomar un rol activo para su cuidado, y de poner los medios ordinarios y proporcionales para tal fin.

2. Buscar las curas, medicinas y especialistas que pueden ayudarle en el lugar, modo y tiempo apropiados, dentro de sus posibilidades. Ello implica un cierto esfuerzo en discernir qué y quién puede ayudarle más, y hace al paciente responsable por sus decisiones.

3. Respetar al personal médico, a su buen nombre, conciencia y derechos.

4. No solicitar al personal médico nada que sea ilícito o atente contra su conciencia.

5. Ser sincero con el personal médico. Esto incluye el deber de:

– informar oportunamente sobre todo lo relevante en cada tema médico, especialmente cuando se susciten cambios eventuales de salud;

– contestar lo mejor posible a las preguntas sobre la salud;

– proporcionar el historial médico cuando estuviere en su poder; y,

– preguntar lo que no se entienda del diagnóstico, tratamiento o pronóstico.

6. Colaborar con el médico y el personal sanitario. Esto incluye el deber de:

– procurar buscar y contratar al personal sanitario adecuado;

– pedir información relevante y preguntar lo que no se entiende;

– seguir los tratamientos e instrucciones médicas según se han especificado, procurando adquirir las recetas médicas prescritas;

– asistir a las citas médicas planeadas y, de ser necesario, cancelarlas en tiempo oportuno; y,

– respetar las reglas del hospital o la institución.

7. Pagar las medicinas y servicios médicos a su debido tiempo, cuando no hubieren sido ofrecidos de forma gratuita.

8. Ser gratos con quienes han puesto los medios para mejorar su salud.

9. Respetar los derechos y privacidad de otros pacientes, y de los proveedores de la atención médica.

10. Colaborar con la investigación médica, dentro de lo razonable, sobre todo cuando ello pueda beneficiar a muchos y no implique costo, daño o riesgo para el paciente. (Riofrío, 2024; ver también los desarrollos de Saadi et al., 2022; Kangasniemi et al., 2012)

Las políticas hospitalarias suelen incluir algunas de las mencionadas responsabilidades (UNC Health, 2024; Centre Hospitalier de Luxemburg, 2021). En realidad, ellas se suelen redactar fundamentalmente para limitar o evitar incurrir en responsabilidades civiles, y no siempre para promover una mejor relación entre médico y paciente. Por lo mismo, tales listas son incompletas y con frecuencia olvidan lo que, nos parece, sea el deber más importante del paciente: el de ser el primer responsable de la propia salud.

Como queda dicho, el paciente es el primer responsable del deber de respetar, defender y conservar su propia vida y salud. Se trata de una extensión del deber ético y jurídico de proteger todo lo valioso. Si se protege la vida de las especies vivientes, más cuanto más valiosas sean (no se protege, por ejemplo, la vida y difusión de virus mortales), con mayor razón se debe proteger la vida humana, comenzando por la propia. El paciente debe poner los medios para adquirir defender su vida y salud. En ello se basa justamente su derecho a la legítima defensa, su libertad para escoger el tratamiento médico que se considere más adecuado, la primacía de la decisión del paciente sobre la del doctor, su derecho de aceptar o rechazar la participación en experimentos

médicos, entre otras libertades. No todo recae en las espaldas del doctor.

Si el paciente no es sincero con el médico, ni se esfuerza de buena fe en aportar la información relativa a su estado, no puede esperar que el profesional haga milagros. Nadie puede exigir a otro si primero ha sido negligente con cumplir los deberes que mantiene en la relación con el prójimo. En esta relación, la obligación del paciente no es solo la de informar, sino también la de colaborar de buena fe con el tratamiento aconsejado (Löschke, 2017). Si alguna parte no cumple su deber, la relación se rompe y la contraparte puede decidir salirse de ella.

Los deberes de confidencialidad y pago están muy bien estudiados por la doctrina. En cambio, falta por explorar el deber de gratitud que el paciente guarda con el médico. Como dijimos, si el médico ha salvado la vida del paciente, el paciente contraerá con él una obligación prácticamente impagable: salvo en las películas, los pacientes no tienen muchas oportunidades de hacer lo mismo por los médicos. Ello genera una obligación de gratitud, obligación que en el campo jurídico aún están poco estudiadas.

Herranz (1995) además añade que los pacientes tienen la obligación de colaborar con la ciencia médica, aportando lo que cada uno modestamente pueda aportar. Quien ha recibido los beneficios de la ciencia debe contribuir con la ciencia. Es una especie de obligación de gratitud que el paciente mantiene con el personal médico, con los académicos que han desarrollado la medicina durante siglos, y un deber general por ayudar a la humanidad. La mayor parte de las veces se tratará de un deber meramente ético. En el derecho, tal deber hará que la balanza se incline en favor de la ciencia en los casos de duda: cuando no haya riesgo alguno para el paciente, y no se sepa cuál es su voluntad, quizá quepa aplicar el principio *in dubio pro scientia*. Hoy, sin embargo, las cortes parecen inclinar la balanza en favor de la autonomía del paciente por los abusos cometidos tiempo atrás.

Derechos del médico frente al paciente

En el presente apartado, se presenta la síntesis de diez derechos que el médico ostenta dentro de su relación con el paciente. La parte correspondiente dice así:

Entre otros, el personal médico tiene derecho a:

1. Cumplir con sus obligaciones médicas.

2. Mantener sus propias convicciones científicas, éticas y religiosas en el desempeño de la labor.

3. Plantear la cláusula de conciencia cuando se le pida hacer algo que considere inmoral.

4. No realizar o continuar un tratamiento que él juzgue arriesgado, inútil o desproporcionado.

5. Adoptar las medidas de seguridad y a no asumir riesgos desproporcionados contra su integridad durante la atención y cuidado del paciente.

6. Al descanso periódico y a la pausa, especialmente en los períodos más intensos de trabajo.

7. Ser remunerado por su labor, salvo que se haya previsto realizarla gratuitamente.

8. Expresar sus convicciones y a dialogar con el paciente sobre cualquier tema, con los mismos estándares previstos para las demás profesiones.

9. Guardar el secreto profesional.

10. En general, a informarse debidamente para poder atender al paciente, pedirle que colabore con

el tratamiento médico y que cumpla con el resto de sus deberes dentro de la relación médico-paciente. (Riofrío, 2024)

El primer derecho del personal médico, título de todos los demás derechos, es el de cumplir con el deber médico de auxilio compasivo. Este derecho autoriza a muchas cosas: a entrar a ciertos lugares (por ejemplo, hospitales o lugar del accidente) donde otros tienen vetado el acceso; a tomar el control de la situación cuando alguien inesperadamente padece un ataque del corazón o accidente; a enrolarse en el servicio social obligatorio con derecho a la paga, entre otras cosas. Tal obligación de auxilio es justamente la que le faculta a rechazar aquellas propuestas del paciente que el médico entiende que afectarían a su salud. Como dice Polaino (1994):

algunos parecen creer que es el enfermo quien debe dictar las normas de conducta del médico y que éste debe poner las convicciones del enfermo por encima de las suyas propias, tanto científicas como éticas, olvidando que también el médico está sujeto a unas normas de conducta profesional que le obligan a negarse a determinadas peticiones del paciente, sin que ello suponga una falta de atención. (p. 323)

La nobleza de la profesión médica se viene abajo cuando se le obliga a hacer cosas contra su conciencia. Entonces —al menos desde el punto de vista personal del médico— la vocación al auxilio compasivo se convierte en un deber de irrogar daño a otro. Si el médico no puede interponer la objeción de conciencia, no es responsable de nada de lo que realiza (por pura presión). Sería absurdo, por ejemplo, que el paciente tenga el derecho de obligar al médico a usar ciertos medios que el profesional considera desproporcionados, y que luego se le juzgue al médico por haberlos usado. Vázquez (2006) observa que si el paciente exige:

la aplicación de un tratamiento que el médico considere desproporcionado [puede haber dos salidas] si los riesgos son pequeños y los beneficios posibles, el médico podría acceder. Pero está el médico en su derecho de no continuar un tratamiento que él juzga arriesgado e inútil. (p. 586)

El derecho a adoptar las medidas de seguridad en las terapias no es solo un derecho del paciente, sino también del médico. Este derecho abarca tanto la protección física del médico (por ejemplo, a evitar contagios), como su protección jurídica contra eventuales demandas del paciente por no adoptar los debidos estándares médicos. Además, con frecuencia el cumplimiento de estos estándares son requisito para el derecho a la promoción profesional dentro de cada institución.

Así como los choferes profesionales de carga pesada, buses interprovinciales y pilotos de avión tienen unas horas de vuelo limitadas, y una obligación de descanso en los viajes largos (lo que también significa un derecho frente a los empleadores y consumidores), lo mismo ha de aplicar a la profesión médica. En uno y otro caso, la vida de muchos depende del grado de concentración que el profesional ponga en su trabajo. Sin embargo, por diversas razones (por ejemplo, urgencias médicas, falta de recursos humanos y de organización) a los médicos les ha tocado la peor parte. Esto parece atentar contra sus derechos.

Es una pena que ciertos movimientos extremistas impidan al personal sanitario expresar sus convicciones, obligándoles a actuar como si ninguno de ellos tuviera una moral o creencia propia en temas tan debatidos en la sociedad como la eutanasia, el aborto, las operaciones de cambio de sexo, la maternidad subrogada, entre otras prácticas quirúrgicas. Como se sabe, cierta fracción del movimiento feminista no concede derecho a la cláusula de conciencia a los médicos, por considerar que atenta contra sus derechos sexuales (Deza, 2015; Dobernig, 2015). Llama la atención cuán complicado tiene el personal sanitario interponer la cláusula de conciencia, cuando otros servidores la tienen tan fácil, como la objeción de conciencia relacionada con el servicio militar que suele darse con gran largueza. Incluso en hospitales e instituciones de salud con un credo específico (de cualquier religión) a veces se exige no tocar temas “delicados” para no herir susceptibilidades. Esto es, sin duda, un ataque ultrasecularista contra el derecho a la libertad de expresión del trabajador, que para algunos ya no tiene derecho a la libertad religiosa en público y en privado, como dicen las

declaraciones de derechos humanos. Si un taxista, ingeniero, vendedor, casa mortuoria, o electricista, puede conversar sobre cualquier tema con su cliente, ¿por qué taparle la boca sobre los temas existenciales al médico, justamente cuando el paciente suele reflexionar sobre ellos?

Finalmente, respecto a la información, no solo el paciente tiene derecho a ella. Antes que el paciente llegue al consultorio, el médico también tiene derecho (y deber) de estar informado sobre los avances de la ciencia médica, así como sobre los procedimientos y posibilidades del hospital donde trabaja. Y cuando atiende al paciente, el médico también tiene un cierto derecho a conocer acerca de lo que le aflige, sobre los pormenores de la lesión, accidente o enfermedad, así como otros aspectos del historial clínico, y a indagar sobre la posibilidad de transferirlo a manos más expertas. Sin ello, simplemente será imposible que él cumpla con su deber de asesorar al paciente. Ello se compagina con el deber del paciente de comunicar la información relevante sobre su salud, ya explicado.

Conclusiones

El actual estatuto jurídico de la relación médico-paciente, donde el paciente aparece más como un *consumidor* con una lista de derecho, está más regulado como una relación comercial que como una relación humana. En parte esto ha sido refrendado por los principios nacidos en el derecho norteamericano de beneficencia, autonomía, justicia y no-maleficencia, que inclinan la balanza a favor del paciente, olvidándose que también el médico es persona. Para balancear mejor esta relación resultaba importante analizar los derechos del personal sanitario frente al paciente y los deberes de este último ante ellos.

En este trabajo hemos tratado de resaltar el matiz de genuina relación interpersonal que debe darse en toda relación médico-paciente. Como queda escrito, en el fondo ella se debe concebir como una relación personal y profesional destinada al cuidado compasivo del ser humano. Entendida así, se entienden mejor los deberes del paciente frente a quien lo cuida, y el rol del médico ante la enfermedad.

Sin duda quedan muchos derechos del médico y deberes del paciente por explorar. Hemos escogido solo unos pocos de ellos para intentar mostrar cómo se puede humanizar más esta relación. Hasta el momento, la investigación bioética y jurídica parece dar primacía al derecho a la autonomía del paciente y a los deberes del médico, sobre los cuales los abogados suelen poner las tintas muy negras. Una visión más holística —y, por lo mismo, más humana— nos ha permitido aquí ver más allá del conflicto económico que suele mover a los juicios relacionados con estos temas, y descubrir nuevos derechos y responsabilidades en las partes.

Referencias

Alegría, C. (2013). Reciprocidad y crítica social: el deber de gratitud en Rousseau y A. Smith. *Praxis Filosófica,* (37), 7-27.

Ammar, A. (2014). Brief History of Bioethics. En A. Ammar y M. Bernstein (Eds.) *Neurosurgical Ethics in Practice: Value-based Medicine* (pp. 3-10). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-642-54980-9_1

Beauchamp, T. & Childress, J. (1994). *Principles of Biomedical Ethics* (4ª ed.). Oxford University Press. (Trabajo original publicado en 1979)

Berti, B. (2015). Los principios de la Bioética. *Prudentia Iuris,* (79), 269-280.

Camps, V. (2005). *La voluntad de vivir. Las preguntas de la bioética*. Ariel.

Centre Hospitalier de Luxemburg (2021). *The Rights and Duties of Patients*. CHL. https://goo.su/Nyh78y

Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y del Comportamiento (1979). *Informe Belmont*. https://goo.su/Q3k7fu

Corominas, J. & Pascual, J. (1985). *Diccionario crítico etimológico castellano e hispánico*. Gredos.

Del Río, R. (2014). Benevolencia y compasión. *Cuadernos de Bioética, XXV*(1), 99-103.

Deza, S. (24-25 de setiembre de 2015). Objeción de conciencia frente a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en Argentina. En M. Casado (Moderador), *Algunas propuestas*. III Jornadas Internacionales de la Red Ibero–American Network International Association Of Bioethics (IAB). La objeción de conciencia en las profesiones sanitarias: retos y propuestas desde una bioética cívica. Red Ibero-Americana de Bioética de la IAB, Madrid, España.

Dobernig, M. (24-25 de setiembre de 2015). La objeción de conciencia en la maternidad subrogada en México. En F. Luna (Moderador), *Nuevas manifestaciones de la OC*. III Jornadas Internacionales de la Red Ibero–American Network International Association Of Bioethics (IAB). La objeción de conciencia en las profesiones sanitarias: retos y propuestas desde una bioética cívica. Red Ibero-Americana de Bioética de la IAB, Madrid, España.

García, J. & Villa, M. (2022). Por una bioética cotidiana: ética de la compasión. *Bioética plural*, *IV,* 255-275. https://goo.su/geYO

González-Vélez, A. C. (2018). Objeción de conciencia, bioética y derechos humanos: una perspectiva desde Colombia. *Revista de Bioética y Derecho*, (42), 105-126. https://goo.su/KYd5zf

Herranz, G. (8 de junio de 1995). *Sobre la ambigüedad del progreso científico: la responsabilidad de participar en el debate bioético*. III Jornadas Científicas Federico Rubio, Ayuntamiento de El Puerto de Santa María, Puerto de Santa María, España.

Kangasniemi, M., Halkoaho, A., Länsimies-Antikainen, H. & Pietilä, A. (2012). Duties of the patient: A tentative model based on metasynthesis. *Nursing Ethics, 19*(1), 58-67. https://doi.org/10.1177/0969733011412105

Lafferrière, J. (2012). Aborto y objeción de conciencia. En S.M.A. De Martini (Coord.), *El médico frente al aborto* (pp. 28-38). Educa. https://goo.su/jbuYf

Löschke, J. (2017). The Duty of the Patient to Cooperate. *JahrbuchfürWissenschaft und Ethik*, *21*(1), 7-26. https://doi.org/10.1515/jwiet-2017-0103

Manela, T. (2015). 7 Obligations of Gratitude and Correlative Rights. En M. Timmons (Ed.), *Oxford Studies in Normative Ethics, 5*, (pp. 151-170). Oxford Academic. https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198744665.003.0008

Olivero, R., Domínguez, A & Malpica, C. C. (2008). Principios bioéticos aplicados a la investigación epidemiológica. *Acta Bioethica, 14* (1), 90-96. http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2008000100012

Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (16 de diciembre de 1966). https://goo.su/8BLBtbf

Polaino, A. (1994). *Manual de bioética general*. Rialp.

Riofrío, J. (2024). *Código de Derecho Natural, pro manuscrito*. https://goo.su/ZZnYcb

Saadi, A., Hazem, S. & Suhair, S. (2022). The Rights and Duties of the Patient and the Nurse. *Vegueta. Anuario de la Facultad de Geografía e Historia, 22*(9), 1-11.

Sgreccia, E. (1989). *Manuale di bioetica*. Vita e Pensiero.

Siurana, J. C. (2010). Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. *Veritas*,(22), 121-157. https://dx.doi.org/10.4067/S0718-92732010000100006

Szawarski, Z. (2005). A Right to Gratitude. *Acta Bioethica, XI*(1), 23-32.

UNC Health Rockingham (3 de julio de 2024). Los derechos y responsabilidades de los pacientes. *UNC Health Rockingham*. https://goo.su/QFaC

Vázquez, C. S. (Dir.). (2006). *Diccionario de Bioética*. Monte Carmelo.

Washburn, J. (2004). Compasión y bioética. *Acta Bioethica*, *10*(2), 235-246. https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2004000200011

References

1. Alegría, C. (2013). Reciprocidad y crítica social: el deber de gratitud en Rousseau y A. Smith. Praxis Filosófica, (37), 7-27.
2. Ammar, A. (2014). Brief History of Bioethics. En A. Ammar y M. Bernstein (Eds.) Neurosurgical Ethics in Practice: Value-based Medicine (pp. 3-10). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-642-54980-9_1
3. Beauchamp, T. & Childress, J. (1994). Principles of Biomedical Ethics (4a ed.). Oxford University Press. (Trabajo original publicado en 1979)
4. Berti, B. (2015). Los principios de la Bioética. Prudentia Iuris, (79), 269-280.
5. Camps, V. (2005). La voluntad de vivir. Las preguntas de la bioética. Ariel.
6. Centre Hospitalier de Luxemburg (2021). The Rights and Duties of Patients. CHL. https://goo.su/Nyh78y
7. Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y del Comportamiento (1979). Informe Belmont. https://goo.su/Q3k7fu
8. Corominas, J. & Pascual, J. (1985). Diccionario crítico etimológico castellano e hispánico. Gredos.
9. Del Río, R. (2014). Benevolencia y compasión. Cuadernos de Bioética, XXV(1), 99-103.
10. Deza, S. (24-25 de setiembre de 2015). Objeción de conciencia frente a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en Argentina. En M. Casado (Moderador), Algunas propuestas. III Jornadas Internacionales de la Red Ibero–American Network International Association Of Bioethics (IAB). La objeción de conciencia en las profesiones sanitarias: retos y propuestas desde una bioética cívica. Red Ibero-Americana de Bioética de la IAB, Madrid, España.
11. Dobernig, M. (24-25 de setiembre de 2015). La objeción de conciencia en la maternidad subrogada en México. En F. Luna (Moderador), Nuevas manifestaciones de la OC. III Jornadas Internacionales de la Red Ibero–American Network International Association Of Bioethics (IAB). La objeción de conciencia en las profesiones sanitarias: retos y propuestas desde una bioética cívica. Red Ibero-Americana de Bioética de la IAB, Madrid, España.
12. García, J. & Villa, M. (2022). Por una bioética cotidiana: ética de la compasión. Bioética plural, IV, 255-275. https://goo.su/geYO
13. González-Vélez, A. C. (2018). Objeción de conciencia, bioética y derechos humanos: una perspectiva desde Colombia. Revista de Bioética y Derecho, (42), 105-126. https://goo.su/KYd5zf
14. Herranz, G. (8 de junio de 1995). Sobre la ambigüedad del progreso científico: la responsabilidad de participar en el debate bioético. III Jornadas Científicas Federico Rubio,

Ayuntamiento de El Puerto de Santa María, Puerto de Santa María, España.
15. Kangasniemi, M., Halkoaho, A., Länsimies-Antikainen, H. & Pietilä, A. (2012). Duties of the patient: A tentative model based on metasynthesis. Nursing Ethics, 19(1), 58-67. https://doi.org/10.1177/0969733011412105
16. Lafferrière, J. (2012). Aborto y objeción de conciencia. En S.M.A. De Martini (Coord.), El médico frente al aborto (pp. 28-38). Educa. https://goo.su/jbuYf
17. Löschke, J. (2017). The Duty of the Patient to Cooperate. Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik, 21(1), 7-26. https://doi.org/10.1515/jwiet-2017-0103
18. Manela, T. (2015). 7 Obligations of Gratitude and Correlative Rights. En M. Timmons (Ed.), Oxford Studies in Normative Ethics, 5, (pp. 151-170). Oxford Academic. https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198744665.003.0008
19. Olivero, R., Domínguez, A & Malpica, C. C. (2008). Principios bioéticos aplicados a la investigación epidemiológica. Acta Bioethica, 14 (1), 90-96. http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2008000100012
20. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (16 de diciembre de 1966). https://goo.su/8BLBtbf
21. Polaino, A. (1994). Manual de bioética general. Rialp.
22. Riofrío, J. (2024). Código de Derecho Natural, pro manuscrito. https://goo.su/ZZnYcb
23. Saadi, A., Hazem, S. & Suhair, S. (2022). The Rights and Duties of the Patient and the Nurse. Vegueta. Anuario de la Facultad de Geografía e Historia, 22(9), 1-11.
24. Sgreccia, E. (1989). Manuale di bioetica. Vita e Pensiero.
25. Siurana, J. C. (2010). Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. Veritas, (22), 121-157. https://dx.doi.org/10.4067/S0718-92732010000100006
26. Szawarski, Z. (2005). A Right to Gratitude. Acta Bioethica, XI(1), 23-32.
27. UNC Health Rockingham (3 de julio de 2024). Los derechos y responsabilidades de los pacientes. UNC Health Rockingham. https://goo.su/QFaC
28. Vázquez, C. S. (Dir.). (2006). Diccionario de Bioética. Monte Carmelo.
29. Washburn, J. (2004). Compasión y bioética. Acta Bioethica, 10(2), 235-246. https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2004000200011