

Autonomía vs Bien común. ¿Es éticamente aceptable el rechazo al tratamiento antituberculoso? A propósito de un caso

Autoras: Sánchez Ma Laura, Cid Ma del Carmen

Comité de Bioética de Área Programática Norte. Hospital "Dr. Andrés Bóla". Puerto Madryn. Chubut

Correspondencia:

Ma Laura Sánchez
licob.2003.ls@gmail.com

Introducción

Desde hace algunos años se ha intentado modificar el paradigma médico hegemónico con el fin de conseguir una relación médico-paciente no paternalista, y para esto se ha empoderado a los pacientes con el principio de autonomía. No obstante, en incontable número de veces, éste principio bioético puede verse enfrentado con otros principios igualmente relevantes.

Cuando se trata de enfermedades infectocontagiosas es relevante analizar, discernir, debatir y determinar cuáles son los alcances de la autonomía con el objetivo de que ésta no interfiera con derechos fundamentales de terceros. No es de extrañar que en la práctica médica se generen éste tipo de situaciones, es por ello que tomando un caso como punto de partida para un debate futuro nos preguntamos ¿cuáles son los alcances de la autonomía?

En el caso presentado a continuación pretendemos analizar de qué manera la decisión individual de rechazo sistemático al tratamiento de una paciente con tuberculosis pulmonar podría resultar perjudicial tanto para su familia como para el bien común de la población. También esbozamos una propuesta de una manera posible de resolver el problema.

Caso

Mujer de 27 años de edad que es derivada desde el sector privado de atención de salud hacia el sistema público en marzo de 2012. Diagnóstico de tuberculosis (TBC) pulmonar con afectación bilateral con cavidades y baciloscopia negativa.

Se instauro tratamiento para categoría I, según clasificación del Programa Nacional para control

de tuberculosis vigente en ese momento. Comienza la fase inicial con triple asociación + etambutol, no logrando adherencia al tratamiento.

En el mes de mayo se notifica al Ministerio Público Fiscal la falta de adherencia al tratamiento debido a que la Tuberculosis (TBC) es una enfermedad infectocontagiosa de notificación obligatoria por ser de suma relevancia para la salud de la población. La incidencia de TBC en Argentina es de 26,3/100000 habitantes¹ según datos del año 2008 y se encuentra vinculada epidemiológicamente con situaciones de pobreza.

Se le explica a la paciente acerca de la enfermedad, su probable evolución en caso de abandono del tratamiento e implicancias, tanto para ella como para la población, de la negativa a realizar el tratamiento. Retoma el mismo con intermitencia y en el mes de noviembre se observa un empeoramiento clínico e imagenológico lo que motiva la notificación a la Asesoría de Familia, ya que la paciente tiene cinco convivientes, de los cuales dos son menores de edad.

La paciente retoma el tratamiento, que desde el diagnóstico inicial fue supervisado por el equipo de salud, según la estrategia recomendada de la OPS: "el tratamiento directamente observado constituye una manera eficaz de asegurar el cumplimiento terapéutico"².

Luego de nuevos y reiterados abandonos del esquema terapéutico, en el mes de mayo de 2013 la paciente concurre de forma espontánea al centro de salud por encontrarse con taquipnea y con radiografía de tórax que indica cavernas, infiltrado bilateral difuso y borramiento de surco costodiafragmático. Debido al cuadro de agravamiento clínico y radiológico se instauro nuevamente tratamiento y se solicita una nueva intervención de la Asesoría de Familia.

En diciembre de 2013 se obtiene baciloscopia de esputo positiva, con cultivo positivo para *Mycobacterium tuberculosis* y se constata resistencia antibiótica a la isoniazida como consecuencia de los múltiples abandonos, por lo que se debe readecuar el tratamiento.

En un lapso menor a 2 meses y debido a los trastornos gastrointestinales resultantes de la toma la medicación se produce un nuevo abandono de la terapéutica; la madre de la paciente acepta que es incapaz de controlar la situación -ya que debía ser ella quien supervisara el tratamiento- y solicita la internación de su hija en febrero de 2014. Durante la misma se le explica a la paciente que el empeoramiento de su estado de salud se debe a la evolución de la enfermedad; simultáneamente se solicita interconsulta con Salud Mental, y se le ofrece nuevamente la prueba para VIH que la paciente lleva rechazando sistemáticamente. No obstante, esta vez acepta realizarla. El resto de la serología (VDRL, hepatitis B) tiene resultado no reactivo. La prueba para VIH da como resultado no reactivo.

El servicio de Salud Mental considera competente a la paciente para la toma de decisiones y sugiere la consulta al Comité de Bioética, por la historia de múltiples abandonos de tratamiento y de espacios psicoterapéuticos ofrecidos. La paciente firma el retiro del nosocomio contra consejo médico, comprometida una vez más en continuar el tratamiento para su patología de forma ambulatoria.

En el contexto previamente descripto el Servicio de Patologías Prevalentes realiza la consulta al Comité de Bioética, con el fin solicitar consejería en lo que concierne a los aspectos éticos, en caso hipotético de un nuevo abandono del tratamiento, ya que además de la paciente es la población la que se encuentra en riesgo y, más aún, la población vulnerable.

Ante dicha preocupación, siempre respetando la autonomía de la paciente respecto de las decisiones por ella tomadas y agotando los recursos estratégicos delineados en las guías internacionales para la prevención, control y tratamiento de la tuberculosis, es que se solicita asesoramiento al Comité de Bioética.

Discusión

En el seno del Comité de Bioética la discusión se planteó alrededor de los principios en juego: au-

tonomía de la paciente en torno a sus decisiones respecto de su patología, *beneficencia* de los profesionales de la salud, quienes tienen la función y el deber de procurar la cura de las enfermedades en caso que esto sea posible, y el *bien común* en relación a la sociedad a la que pertenece la paciente.

Entendemos como acciones autónomas aquellas que “a) son intencionales; b) se toman con comprensión y conocimiento; y c) sin influencia o control externos”⁴. Consideramos como precondition de la autonomía la competencia que fue ratificada por el área de Salud Mental. A nuestro entender la paciente cumplía con los requisitos de autonomía en la toma de decisiones respecto a su patología, no obstante “La complejidad de la autonomía también se pondría de manifiesto en el hecho que los pacientes podrían ser ambivalentes, expresar preferencias contradictorias o dar su consentimiento a un tratamiento y luego rechazarlo resultando difícil determinar cuáles son sus verdaderos deseos. Según Childress, conviene prestar atención a la autenticidad de las preferencias de un paciente, es decir a la consistencia entre lo que expresa y su plan de vida, sin desatender los riesgos o daños que suponga seguir o pasar por alto sus indicaciones”³. Los profesionales de la salud no pueden dejar de prestar atención a las consecuencias potenciales derivadas de la negativa a concluir el tratamiento propuesto.

El principio de beneficencia con el paciente los ha llevado a delinear diferentes estrategias éticamente aceptables, pero que hasta el momento han resultado infructuosas. Los profesionales poseen, además, un compromiso con la sociedad que confía en su labor; y -desde el lugar que ocupan- tienen el deber de beneficencia no sólo con la paciente sino con la sociedad de la que forma parte. Evidentemente, el bien común podría verse seriamente afectado en caso de que la paciente continúe en la negativa de realizar el tratamiento y los profesionales no tomen medidas que protejan a la sociedad.

Conclusiones

Desde el Comité se sugirió continuar insistiendo en las medidas higiénico-sanitarias de protección a terceros, y en la continuidad del tratamiento, como así también en el acompañamiento de sostén psicológico individual y familiar. Se debe intentar comprender cuáles son los obstáculos que impiden la finalización del tratamiento para intentar

abordarlo desde un equipo interdisciplinario y resolverlo. De este modo, es importante no sólo lograr la curación de la paciente sino también salvaguardar la salud de la población.

Ante un nuevo episodio de abandono de tratamiento se sugiere realizar las intervenciones pertinentes a fin de analizar cómo continuar para procurar la maximización del bien general que se encuentra en riesgo: la salud de la población, sin descartar la posibilidad de aislamiento y detención involuntaria según recomendaciones de OPS sobre ética en la prevención, atención y control de la tuberculosis²: “la salud pública puede invocarse como motivo para limitar ciertos derechos a fin de permitir a un Estado adoptar medidas para hacer frente a una grave amenaza a la salud de la población o de alguno de sus miembros. Estas medidas deberán estar encaminadas específicamente a impedir enfermedades o lesiones”⁴.

Proveer tratamiento para tuberculosis en contra de la voluntad de la paciente no se encuentra éticamente justificado a pesar de los riesgos que entraña para terceros. Los problemas relacionados

con las consecuencias de dicha decisión pueden abordarse aislando a la paciente. El aislamiento debe ser un recurso excepcional, una vez agotadas todas las estrategias. Nunca debe ser considerado como una forma de castigo y debe cumplir con los estándares de derechos humanos y éticos.

Conflicto de interés: Los autores del trabajo declaran no tener conflictos de intereses relacionados con esta publicación.

Bibliografía

1. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias E. Coni. PRO.TB. Doc. Téc. N° 16/09.
2. Organización Panamericana de la Salud. Recomendaciones sobre la ética de la prevención, atención y control de la tuberculosis. Washington, DC: OPS, 2013. Consultado en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=22763&Itemid
3. Costa, M. El concepto de autonomía en la ética médica. Problemas de fundamentación y aplicación. Perspectivas bioéticas en las Américas. Año 1, número 2. FLACSO, 1996.
4. Naciones Unidas. Principios de Siracusa sobre las disposiciones de limitación y derogación del pacto internacional de derechos civiles y políticos. Art. 26. Salud Pública. 1984. Consultado en: <http://www.eods.eu/library/opendocpdfES.pdf>