

**La relación profesional con pacientes drogodependientes, como origen de
responsabilidad sanitaria**

Ana Castelló

Profesora Contratado Doctor

Francesc Francès

Profesor Ayudante Doctor

Fernando Verdú

Profesor Titular

Departamento de Medicina Legal y Forense

Universitat de València

España

Corresponsal

Fernando.Verdu@uv.es

Teléfono:+34963864820 Fax: +34963864165

Fernando Verdú

Departamento de Medicina Legal.

Facultat de Medicina i Odontología

Avenida de Blasco Ibáñez, 15

46010 Valencia. España

La relación profesional con pacientes drogodependientes, como origen de responsabilidad sanitaria

Resumen

El problema de las drogas en nuestra sociedad sigue siendo preocupante y mantiene en acción a un buen número de profesionales sanitarios. Aunque no sea un paradigma de ejercicio del que puedan derivarse problemas de responsabilidad, dadas las tendencias en las demandas contra médicos, no está de más conocer algunos detalles que puedan prevenirlas. Se exponen las principales circunstancias de las que pueden derivarse problemas legales, sea genéricamente, como profesional que se relaciona ocasionalmene con drogodependientes, o en el caso de dedicarse al cuidado y rehabilitación de estos enfermos

Palabras clave: responsabilidad profesional, drogodependencia, ética médica

La relación profesional con pacientes drogodependientes, como origen de responsabilidad sanitaria

El problema de las drogas en nuestra sociedad sigue siendo preocupante y mantiene en acción a un buen número de profesionales sanitarios. Aunque no sea un paradigma de ejercicio del que puedan derivarse problemas de responsabilidad, dadas las tendencias en las demandas contra médicos, no está de más conocer algunos detalles que puedan prevenirlas.

A este respecto, se pueden diferenciar dos grupos de profesionales; en uno se hallan los que, en un momento determinado, han de practicar un acto médico en una persona drogodependiente; en el otro estarán aquellos médicos que centran su actividad en la atención a drogodependientes. En cada caso, las circunstancias van a ser diferentes, de modo que podría hablarse de una circunstancias de responsabilidad genéricas y otras específicas.

Circunstancias genéricas de responsabilidad

Se trata de un ejercicio profesional común, en el que se realizan actos médicos o quirúrgicos en diferentes pacientes, algunos de los cuales, puede ser un drogodependiente. En estos casos, las causas que pueden generar responsabilidad son exactamente las mismas que en el ejercicio habitual de la medicina, por lo que no cabría hacer ningún comentario más.

Sin embargo, las especiales características de algunos drogodependientes si ha de hacer reflexionar sobre algunos aspectos de la cuestión de importancia extrema.

El primero de ellos es la capacidad de entender y decidir de la persona, que puede haberse visto afectada por la drogadicción. Por ello, cuando se ha de realizar

una intervención que requiere el previo consentimiento, se deberá evaluar el estado mental del paciente y si va a ser capaz de comprender la información que se le ha de facilitar con anterioridad a la realización de la intervención.

Ante la posibilidad de que exista una situación de incapacidad, deberá ponerse en conocimiento del Ministerio Fiscal para que, en su función de Defensor Judicial, adopte las medidas necesarias para nombrar a quien debe representar al enfermo no capaz para decidir. Todo ello, naturalmente, si la intervención admite la demora.

En el caso de que el drogodependiente esté legalmente incapacitado, el consentimiento deberá obtenerse del representante legal, aunque, como indica el Convenio de Oviedo¹, el propio enfermo debe intervenir en el procedimiento. En España, también deberá estarse a lo marcado en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica².

Otro aspecto de importancia primordial es la expedición de certificados y la realización de reconocimientos médicos. La expedición de un certificado, implica que quien lo firma hace un hecho cierto: el estado de salud de una persona, comprobado por la correspondiente anamnesis y la exploración directa y complementaria, permite el desarrollo de una actividad sin riesgos previsibles.

Para la prevención legal en estos casos, es necesario que, en la historia clínica, quede constancia de la clase de actos médicos realizados para alcanzar la certeza sobre el estado de salud de la persona que solicita la certificación.

Trasládese esto a dos campos, de tanta trascendencia, como son los de la seguridad vial y la seguridad laboral.

Los reconocimientos médicos a que son sometidos los conductores tienen dos partes. La que comprueba el médico reconocedor y la que declara el reconocido. Difícilmente podrá declarar una persona que es drogodependiente (que abusa del alcohol, por ejemplo); ante ello, nada puede hacerse. Sin embargo, durante el reconocimiento el médico puede llegar a la conclusión de que la persona a la que debe certificar una aptitud para la conducción, sí está incluida en ese grupo de conductores que generan un altísimo número de accidentes.

Desde el punto de vista ético y deontológico, no cabe ninguna duda de que existe obligación de hacerlo constar. La omisión de dicha circunstancia en la historia clínica, de comprobarse, podría en su caso dar lugar a responsabilidades de distinto orden.

Respecto a la seguridad laboral, ya son muchos los países en los que es obligatoria la detección del uso de drogas en un gran número de profesiones. Aunque en España la legislación es todavía incompleta, sí existen referencias jurisprudenciales que señalan hacia un camino semejante.

Por ello, como se ha señalado para los reconocimientos previos a la obtención o renovación del permiso de circulación, cuando el fin del reconocimiento sea establecer la aptitud para un determinado trabajo, deberá obrarse de forma semejante a la apuntada más arriba.

Como final de esta primera parte dedicada a la responsabilidad profesional médica genérica, se expone el problema de lo que podría denominarse drogodependencia inducida. Este concepto hace referencia las situaciones en las que un médico pueda ser considerado responsable de la aparición de una drogodependencia en un paciente tratado por él. Estas situaciones pueden darse, *grosso modo*, en la

instauración de tratamientos con sustancias capaces de generar dependencia y en el ámbito de la medicina del deporte.

En el primero de los casos, cuando en el tratamiento de una enfermedad deban utilizarse sustancias capaces de generar dependencia, deberá informarse al paciente de esa circunstancia. Asimismo, deberá organizarse un plan terapéutico que minimice ese riesgo y el seguimiento del paciente deberá ser exhaustivo, a fin de detectar cualquier desviación de los objetivos terapéuticos.

En el campo de la Medicina del Deporte se ha de hacer una necesaria referencia a la modificación artificial del rendimiento deportivo. Aun cuando esta intervención se rechaza en todas las declaraciones éticas y deontológicas, se ha de recordar algo de singular trascendencia.

En la gran mayoría de las ocasiones, la administración de los productos utilizados se lleva a cabo contando con la aquiescencia del deportista. Para que esa aquiescencia pueda ser considerada como tal, la información que se haya facilitado al receptor ha de ser completa en todos los términos.

Una circunstancia que ha de conocerse de forma clara es el alcance del consentimiento. Si como consecuencia de la administración de una sustancia se produce un resultado perjudicial para la salud del deportista, el hecho de que se haya hecho con el consentimiento expreso, únicamente sirve para atenuar la presumible pena, pero en ningún caso la extingue.

Circunstancias específicas de responsabilidad

Los problemas que pueden surgir cuando se trata de una relación profesional centrada en la atención a un drogodependiente son los cinco siguientes

El primero de ellos se centra en los tratamientos convencionales. Al instaurar los tratamientos de deshabituación, deberán respetarse todos los requisitos de información y consentimiento, como en cualquier otro tipo de intervención médica. Si, por las especiales características del tratamiento, puede preverse la existencia de riesgos especialmente graves, el consentimiento debe obtenerse preferentemente por escrito.

En el caso de que la capacidad de comprensión del enfermo este alterada, como se ha señalado en el apartado anterior, deberá recabarse la autorización de su representante legal.

Finalmente, debe considerarse que el consentimiento para someterse a un tratamiento puede estar condicionado por factores externos. Aunque posteriormente se volverá sobre este problema, en ocasiones un drogodependiente consiente el inicio de un tratamiento de forma no voluntaria, ya que una determinada condena puede sustituirse por el sometimiento a un tratamiento de deshabituación. Este hecho no puede despreciarse, como factor coactivo, en el momento de tomar una decisión libre sobre si someterse o no a un tratamiento.

El segundo nace del hecho de que el consumo de drogas, plantea múltiples problemas judiciales que, pueden afectar al individuo en diversas facetas. Por un lado, la existencia de un estado de intoxicación puede convertir a una persona en víctima, especialmente indefensa, para que otro individuo cometa determinados delitos; por otro lado, la situación de drogodependencia puede, así mismo, forzar a una persona a desarrollar conductas delictivas, no ligadas de forma estricta al consumo o alguna de las situaciones derivadas.

Sin embargo las situaciones más frecuentes estarán en relación con dos aspectos de la aplicación de la justicia. En primer lugar la existencia de circunstancias

modificadoras de la responsabilidad penal, ya que el estado de intoxicación puede suponer la exención de la responsabilidad penal o la atenuación de la misma. En segundo lugar, en determinados casos, se puede sustituir la pena que debía aplicarse por el sometimiento a tratamiento, bien sea en régimen abierto, bien en régimen de internamiento.

Cuando los profesionales que tenga a su cargo el cuidado de esos enfermos que han delinquido, sean llamados ante los tribunales, deberán informar sobre la situación clínica y los avances que puedan observarse en el sometido a tratamiento.

Como en cualquier otra actividad médica, la función *quasi* pericial que se hace en esos momentos tiene las mismas exigencias: la diligencia y el cuidado con que han de realizarse son máximas por la trascendencia que tienen.

El tercer punto que se aborda es de aplicación tanto para el campo de las drogodependencia, como para el trabajo con enfermos mentales. Se trata de la prevención de las conductas suicidas.

Un informe de la Organización Mundial de la Salud³, ha puesto de manifiesto que el suicidio -entre las personas de 15 a 44 años de edad- es la cuarta causa de muerte y la sexta causa de mala salud y discapacidad. En mismo se indica que la drogodependencia (curiosamente la separa del alcoholismo) es un factor favorecedor de las conductas autodestructivas.

La aparición de conducta suicidas entre drogodependientes es un fenómeno que se ha puesto de manifiesto en múltiples estudios⁴⁵⁶⁷⁸ y ello justifica, precisamente, que la adopción de medidas para evitar su aparición y consecuencias deba considerarse prioritaria.

En la reciente historia judicial española ha quedado plasmado que la no adopción de medidas de vigilancia ha sido causa de condena, del mismo modo que ha servido para absolver en los casos en los que sí se tuvo esta previsión.

Así, según un fallo de la Sala de lo Contencioso-administrativo de la Audiencia Nacional, en julio de 2000⁹, el adoptar medidas de seguridad excluye la condena por los suicidios en centros sanitarios y se deja constancia textual de que "la doctrina para apreciar la responsabilidad de la Administración en caso de suicidio de internos en centros psiquiátricos parte de la idea de previsibilidad o advertencia ante tendencias suicidas, de lo que se deduce un deber de actividad, puesta de medios concretado en que la vigilancia ha de ser inmediata, continua, eficaz y adecuada" y que "la Administración puso los medios adecuados para evitar lo que al final, sin embargo, ocurrió. En definitiva, cumplió con su obligación de poner los medios adecuados y razonables a su alcance".

Los proyectos de investigación es el cuarto punto en el que se ha de ser especialmente cuidadoso. Es obvio que, cualquier proyecto de investigación que se realice en el campo de la atención a los drogodependientes, debe responder a las exigencias normativas, éticas y deontológicas.

En el caso de ensayos con medicamentos o sustancias asimilables, se deberá estar a lo exigido por la normativa nacional e internacional en materia de Ensayos Clínicos y deberán respetarse los postulados éticos internacionales de Oviedo y Helsinki¹⁰.

Al igual que sucedía con la instauración de un tratamiento, cuando el participante en un ensayo clínico es una incapaz (o se encuentra en situación de ser

declarado como tal) las exigencias éticas son, si cabe, superiores, como queda reflejado de forma específica en las dos normas mencionadas.

El quinto y último apartado que se expondrá, se centra en los tratamientos no convencionales. En estos casos, además de cumplir los mismos requisitos de información y consentimiento que se han señalado para los convencionales, deberá seguirse lo que marca la Orden de 14 de febrero de 1997¹¹ por la que se establecen determinados requisitos en la prescripción y dispensación de formulas magistrales y preparados oficinales para tratamientos peculiares.

Además, se deberá estar a lo que señala el Código de Ética y Deontología Médica de la Organización Médica Colegial española¹², en su artículo 21, párrafo 2: *“En tanto las llamadas Medicinas no convencionales no hayan conseguido dotarse de base científica, los médicos que las aplican están obligados a informar a los pacientes, de forma clara e inteligible, de su carácter complementario”*.

En el caso de que los tratamientos, sean convencionales o no, se anuncien en medios de comunicación, también existe la consiguiente previsión en el ámbito deontológico, en el artículo 38: *“1. La publicidad ha de ser objetiva, prudente y veraz, de modo que no levante falsas esperanzas o propague conceptos infundados”*.

En el caso de la publicidad engañosa, podría darse la existencia de un tipo penal específico, si el drogodependiente o sus representantes se consideran estafados al no haber alcanzado los resultados que se ofrecían.

¹ www.bioeticanet.info/documentos/Oviedo1997.pdf

² noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/I41-2002.html

³ http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/Violencia_2003.htm

⁴ Hawton K, Harriss L, Simkin S, Bale E, Bond A. Social class and suicidal behaviour: the associations between social class and the characteristics of deliberate self-harm patients and the treatment they are offered. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2001 Sep;36(9):437-43.

⁵ Goldberg JF, Singer TM, Garno JL. Suicidality and substance abuse in affective disorders. *J Clin Psychiatry*. 2001;62 Suppl 25:35-43. Review.

⁶ Appleby L. Drug misuse and suicide: a tale of two services. *Addiction*. 2000 Feb;95(2):175-7

⁷ Verdoux H, Liraud F, Gonzales B, Assens F, Abalan F, van Os J. Suicidality and substance misuse in first-admitted subjects with psychotic disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 1999 Nov;100(5):389-95.

⁸ Brezo J, Paris J, Tremblay R, Vitaro F, Hébert M, Turecki G. Identifying correlates of suicide attempts in suicidal ideators: a population-based study. *Psychol Med*. 2007 Nov;37(11):1551-62.

⁹ <http://www.diariomedico.com/normativa/norm270700com.html>

¹⁰ <http://www.wma.net/s/policy/b3.htm>

¹¹ <http://www.msc.es/agemed/farmacopea.asp>

¹² <http://www.cgcom.org/deontologia>