

Alta médica a pedido: ¿qué hacer, doctor?

Anilton de Jesus Cerqueira¹, Camila Vasconcelos de Oliveira¹

1. Universidade Federal da Bahia, Salvador/BA, Brasil.

Resumen

Este artículo discute la conducta recomendada por los consejos de medicina de Brasil respecto al “alta médica por solicitud”. Se trata de una investigación documental y exploratoria, que pretendió identificar y analizar diversas manifestaciones de los consejos sobre los interrogantes y dudas planteadas por los médicos ante las solicitudes de alta médica. Para ello, se utilizó el método de análisis hipotético-deductivo. Con base en el problema presentado (inseguridad ético-jurídica de los médicos en la concesión de solicitudes de alta), se plantearon propuestas de solución a cuestiones relacionadas con el tema dirigidas a los consejos de medicina. Se utilizó la perspectiva ética-jurídica, con el objetivo de brindar mayor seguridad y tranquilidad al médico en la realización de este procedimiento.

Palabras clave: Alta del paciente. Relaciones Médico-paciente. Derechos del paciente. Autonomía personal. Toma de decisiones. Prescripciones de medicamentos.

Resumo

Alta médica a pedido: o que fazer, doutor?

Este artigo aborda as condutas preconizadas pelos conselhos de medicina do Brasil relacionadas à “alta médica a pedido”. Trata-se de uma pesquisa documental e exploratória, que buscou identificar e analisar diversas manifestações dos conselhos acerca de questionamentos e dúvidas suscitadas pelos médicos quando se deparavam com pedidos de alta médica. Para tanto, utilizou-se o método de análise hipotético-dedutivo. A partir da problemática apresentada (insegurança ético-jurídica dos médicos no deferimento dos pedidos de alta), levantaram-se as soluções propostas às questões atinentes ao tema destinadas aos conselhos de medicina. Elas foram analisadas criticamente à luz do ordenamento ético-jurídico, com vistas a proporcionar ao médico maior segurança e tranquilidade na condução desse procedimento.

Palavras-chave: Alta do paciente. Relação médico-paciente. Direitos do paciente. Autonomia pessoal. Tomada de decisões. Prescrições de medicamentos.

Abstract

Discharge against medical advice: what to do, doctor?

This paper examines the procedures recommended by Brazilian medical councils regarding “discharge against medical advice”. An exploratory and documentary research was conducted to identify and analyze several council publications regarding questions and doubts raised by physicians when faced with discharge requests. Solutions proposed to the issue at hand (ethical-legal insecurity of physicians in authorizing discharges) were analyzed based on ethical-legal frameworks, aiming to provide physicians with greater security and tranquility in conducting this procedure.

Keywords: Patient discharge. Physician-patient relations. Patient rights. Personal autonomy. Decision making. Drug prescriptions.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

En el día a día del médico, en especial de los que trabajan en unidades de urgencias y de hospitalización, es recurrente la solicitud del alta médica realizada por el propio paciente o por familiares. Esto ocurre por diversas razones, tales como: deseo de no continuar con la atención asistencial, mala calidad técnica/humana del equipo asistencial, desistencia debido a la sensación de mejora de los síntomas que motivaron la búsqueda de asistencia, a veces asociada a una larga espera por la atención o para la realización y liberación de los resultados de pruebas complementarias.

En los casos en que el médico tratante esté de acuerdo con el alta médica solicitada, no hay problema que afrontar. Sin embargo, cuando hay divergencia, surge un importante *impasse* médico-jurídico: la confrontación entre la autonomía del paciente y el deber médico de prevenir una situación de grave e inminente riesgo para la vida.

Este artículo está dedicado a esta problemática, sin pretender agotar el tema, ya que es muy amplio. ¿Qué hacer, doctor, ante estos casos? ¿Cuál debe ser la conducta adecuada del médico para evitar cuestionamientos futuros tanto por parte de la Justicia como de los colegios oficiales de médicos? Se recopilan aquí diversas manifestaciones de colegios oficiales de médicos en Brasil acerca del tema, buscando identificar y analizar las conductas preconizadas frente a diversos cuestionamientos recopilados. Se presentan publicaciones científicas sobre el tema, así como la doctrina ético-jurídica nacional, con el fin de brindar mayor seguridad y tranquilidad en la realización de solicitudes de alta médica.

Método

Se trata de una investigación bibliográfica que utilizó como fuentes primarias de datos resoluciones, decisiones, recomendaciones, notas técnicas y despachos emitidos por los colegios oficiales de médicos de Brasil (federal y regionales), además de artículos científicos relacionados con el tema “alta médica a pedido”, publicado hasta agosto del 2020. Se buscó seleccionar disposiciones legales, doctrina y jurisprudencia que abordaran el tema, con el objetivo de profundizar las discusiones sobre el alta médica por solicitud.

Se encontraron 35 documentos en el repertorio de normas del sitio web del Consejo Federal de

Medicina (CFM), que utilizaban como descriptores de asunto los términos “alta” y “alta médica”, y como descriptor de texto que encontrar, se buscó “alta a pedido”.

A su vez, la búsqueda de publicaciones científicas se realizó en revistas indexadas, por medio de la base de datos de la Biblioteca Virtual en Salud (BVS), buscando, concomitantemente, entre “título, resumen y asunto” los descriptores en ciencias de la salud (DeCS) “alta del paciente”, “derechos del paciente” y la “autonomía personal” en portugués. Se encontraron 25 artículos científicos, de los cuales, tras la lectura de los resúmenes, se constató que 15 eran pertinentes a la temática abordada en este trabajo. De estos, solo dos eran nacionales, lo que pone de manifiesto la necesidad primaria de una mayor profundización y discusión en el contexto académico brasileño sobre este dilema bioético que experimentan los profesionales de la salud.

Por último, se aplicó el método de análisis hipotético-deductivo. Con base en la problemática presentada (inseguridad ético-jurídica de los médicos en la realización del alta médica a pedido), se recopilaron las soluciones propuestas a algunas cuestiones relacionadas con el tema destinadas a los colegios oficiales de médicos. Se analizaron críticamente a la luz del conocimiento ético-jurídico actual, con miras a comprobar su conformidad.

Discusión y resultados

Inadecuación de la expresión “alta médica a pedido” y su uso generalizado

Alta médica a pedido (también llamada “alta a pedido”¹, “alta administrativa”², “alta voluntaria”³ o “alta a pedido contra la indicación médica”)⁴ es una expresión ampliamente utilizada en las instituciones de salud para indicar la salida del paciente, mediante la manifestación de la voluntad de interrumpir los cuidados médico-asistenciales a los que se encuentra sometido en régimen hospitalario, a pesar de la contraindicación médica⁵.

Se trata, de hecho, de una jerga inapropiada, ya que “alta médica” es un acto médico⁶, por lo tanto, solo se podría hablar de “alta” si el médico estuviera de acuerdo con la salida del paciente de la unidad asistencial. Esta prerrogativa corresponde exclusivamente al médico, de acuerdo con los términos del art. 4.º de la Ley 12.842/2013,

que destaca como actividad privativa del médico: (...) XI — *indicación de hospitalización y alta médica en los servicios de atención a la salud*⁷.

Sería mejor, como propone el Ministerio de Salud, hablar de “desistencia del tratamiento”, entendida como la salida del paciente del hospital sin autorización médica, pero con comunicación de la salida al sector de hospitalización, motivada por la decisión del paciente o de su responsable de dar por terminada la modalidad de asistencia que se le venía prestando⁸.

Sin embargo, hay que reconocer que la jerga “alta a pedido” está sedimentada culturalmente, una vez que es utilizada por numerosos establecimientos de salud, en los que incluso existen “formularios de alta a pedido”⁹, que son firmados por los pacientes cuando desean interrumpir los cuidados asistenciales en régimen de estancia hospitalaria. La expresión es utilizada por la mayoría de los médicos, que, en ocasiones, la registran en la historia clínica cuando el paciente expresa su voluntad de suspender los cuidados asistenciales, incluso después de conocer los riesgos para su salud derivados de la interrupción del tratamiento¹⁰.

En vista de lo anterior, el Consejo Regional de Medicina del Estado del Paraná (CRM-PR), en el Dictamen 1.883/2007, señaló que se requiere reflexión y análisis para modificar la expresión “alta a pedido” de manera que retrate su significado real¹¹.

Autonomía para decidir la conducta del tratamiento médico

La relación médico-paciente, después de un largo período bajo la égida paternalista hipocrática, en la que se otorgaba al médico el poder de decidir qué era lo mejor para el paciente, ha cobrado recientemente una nueva perspectiva fundamentada en la autonomía del paciente, considerada uno de los principios bioéticos actuales¹².

La palabra autonomía proviene del griego *autos* (uno mismo) y *nomos* (regla, dominio, gobierno, ley), y se incorporó a la medicina para expresar la capacidad de autogobernarse¹³ del paciente, a quien se atribuyó la responsabilidad de tomar decisiones sobre asuntos médicos que le conciernen.

La autonomía del paciente presupone la existencia no solo de una capacidad legal, en la que la legislación define quién está apto a ejercer derechos, como los relativos a controlar su propia vida,

incluidos los cuidados a la salud, sino también de una capacidad cognitiva, en la que se evalúa el discernimiento libre e informado del individuo para gestionar su propia vida^{13,14}.

La jurista Ana Thereza Meirelles afirma que la autonomía, en su dimensión cognitiva, se verifica cuando están presentes los requisitos de la información, del discernimiento y de la ausencia de condicionantes externos. Así, se entiende que *la información se adquiere por medio del deber del médico de informar. El discernimiento puede definirse como la capacidad de comprender lo que se le expone y tomar una decisión consciente sobre los riesgos y los posibles resultados. La ausencia de condicionantes externos son los vicios de la voluntad o los vicios sociales*¹⁴.

En este texto, la capacidad legal se denominará simplemente “capacidad” y la capacidad cognitiva, “competencia”. Tan importante como analizar la posibilidad de otorgar el alta a pedido es saber si la persona que la solicita tiene la capacidad/competencia para hacerlo, o aun, si quien lo hace en lugar del paciente, cuando le sea imposible manifestarse, tiene legitimidad para tal conducta.

Desde una perspectiva legal, la regla general es que la capacidad sea definida por el criterio de la edad (art. 3.º al 5.º del Código Civil)¹⁵. Así, en principio, a partir de los 18 años el individuo está apto a decidir los rumbos de su vida, asumiendo la responsabilidad por sus decisiones; a los menores de 16 años, la decisión relativa a los cuidados a la salud corresponde exclusivamente a los tutores legales (generalmente los padres); y a los adolescentes entre 16 y 18 años incompletos, se les confiere una relativa capacidad de decisión, mediante la asistencia de sus padres, es decir, pueden y deben ser consultados en la toma de decisiones en conjunto con sus padres, pero, en caso de divergencia, prevalece la manifestación de los responsables.

Sin embargo, cabe señalar aquí que la Constitución Federal¹⁶ (art. 227) y el Estatuto del Niño y del Adolescente (ECA)¹⁷ (art. 4.º) limitaron este poder decisorio de los padres en detrimento del mejor interés del niño/adolescente, sometiéndolo a la posible apreciación del Poder Judicial para reevaluar si corresponde a la decisión más adecuada. Se estableció que corresponde también a la sociedad y al poder público el deber de asegurar el derecho a la salud de los niños y adolescentes.

Por esta razón, el Consejo Regional de Medicina del Estado de Rio Grande do Sul (Cremers), por medio del Dictamen 7/2018, orientó la clase médica en los siguientes términos: *en caso de divergencia con la familia o tutores del niño hospitalizado en cuanto a la continuidad del tratamiento hospitalario, el médico convicto de los beneficios del tratamiento para este menor deberá recurrir al departamento jurídico del hospital para que tome las medidas necesarias ante el Consejo Tutelar y el Ministerio Público a fin de garantizar el respeto y la defensa de los mejores intereses de ese niño o adolescente*².

Finalmente, cabe señalar que existen excepciones al mencionado criterio de edad, pero en todas las situaciones es necesario que se materialicen los actos jurídicos, como la emancipación y el proceso de interdicción, de manera que, hasta prueba en contrario, se debe reconocer la capacidad del paciente en función de la edad.

En lo que respecta a la competencia, el objetivo es verificar si el individuo está en pleno uso de sus facultades mentales, si es capaz de comprender y actuar con autonomía ante la atención médica propuesta. Para la profesora María Casado, esta evaluación incluye la capacidad del paciente *de comprender la información relevante sobre su estado de salud, transmitida de manera adecuada y comprensible por el médico; de comprender las consecuencias resultantes de cada decisión; de razonar con base en la información proporcionada y de la propia escala de valores; y de comunicar su decisión de forma clara y reiterada*¹⁸.

Así, como lo señaló el Consejo Regional de Medicina del Estado de Bahía (Cremeb), por medio del Dictamen 11/2019¹⁰, en el pedido de alta hospitalaria, el médico tiene el deber de investigar el proceso de razonamiento del paciente, en caso de que sospeche que está comprometido (como en el caso de la condición de *delirium* o de psicosis), con eventual apoyo de la psiquiatría o neurología en esta evaluación y registrando cuidadosamente todas las conclusiones en la historia clínica.

Asimismo, el Consejo Regional de Medicina del Estado de Río de Janeiro (Cremerj) también se manifestó, en el Dictamen 86/2000¹⁹, al establecer que en los casos en que exista un trastorno mental, que imposibilite al paciente el autodiscernimiento y una amplia autonomía, se deberá recurrir a su tutor, si lo hay. El CRM-PR, por medio del Dictamen 1.883/2007¹¹, establece que, en caso de alta a

pedido, el médico deberá evaluar la capacidad de decisión del paciente o de su responsable legal¹¹.

De forma similar al ECA¹⁷, el Estatuto de la Persona con Discapacidad (art. 10) confirió al poder público el deber de garantizar, a lo largo de toda la vida, la dignidad de la persona con discapacidad, entendida como *aquella persona que tiene un impedimento a largo plazo de naturaleza física, mental, intelectual o sensorial, que puede obstaculizar su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás personas*²⁰.

Así, en el caso de un paciente que carece de competencia debido a una discapacidad mental o intelectual, el médico, entendiendo que la decisión del tutor legal no es la mejor para el paciente, podrá solicitar la apreciación del Poder Judicial buscando el mejor interés del individuo. Tal posibilidad fue señalada en la exposición de motivo de la Resolución CFM 2.232/2019²¹, que abordó el rechazo terapéutico por parte de los pacientes y la objeción de conciencia en la relación médico-paciente, priorizando la dignidad del paciente incapaz, menor de edad o adulto que no se encuentre en pleno uso de sus facultades mentales, independientemente de que esté representado o asistido.

La resolución establece que, en caso de divergencia insuperable entre el médico y el representante, asistente legal o familiares del paciente respecto a la terapia propuesta, el médico deberá comunicar el hecho a las autoridades competentes (Ministerio Público, policía, consejo tutelar, etc.), buscando la mejor opción para el paciente²¹.

Como se ve, en situaciones en que el paciente no tiene la capacidad o competencia para decidir sobre los rumbos de los cuidados asistenciales, el consentimiento se brinda mediante la figura del representante legal (art. 22 y 31 del Código de Ética Médica — CEM)²², que, en general, es un acompañante o familiar cercano (cónyuge, hijos, padres)²³. En ese momento, en ocasiones, los médicos se encuentran con un problema, dada la ausencia de criterios legales para elegir al representante, en especial cuando hay diferencia de opinión entre los familiares.

No son infrecuentes las opiniones divergentes entre los hijos con respecto a las conductas que se deben tomar en la atención de sus padres. Incluso entre los padres, en ocasiones surgen *impasses*. Asimismo, no es raro observar conflictos entre los padres del paciente, o hijos de un casamiento anterior, y el cónyuge actual²³.

En los casos en que exista un conflicto de opiniones entre los familiares, si el paciente incapacitado de expresar libre y autónomamente su voluntad no designa un representante para tal efecto y no expresa al médico tratante sus directivas anticipadas de voluntad, el CFM recomienda llevar la situación a las instancias éticas de los órganos colegiados, en conformidad con el art. 2, párrafo 5.º de la Resolución CFM 1.995/2012:

*art. 2.º (...) § 5.º si no se conocen las directivas anticipadas de voluntad del paciente, ni hay representante designado, familiares disponibles o en caso de divergencia entre ellos, el médico recurrirá al Comité de Bioética de la institución, si lo hay, o, en su defecto, a la Comisión de Ética Médica del hospital o al Consejo Regional y Federal de Medicina para fundamentar su decisión sobre conflictos éticos, cuando lo considere necesario y conveniente*²⁴.

Así, en resumen, una vez presentes los requisitos legales y cognitivos, es decir, la capacidad y la competencia para decidir, debe considerarse válida la manifestación de la voluntad del paciente/representante de interrumpir el tratamiento, sin perjuicio de los casos legales de disposición judicial sustitutiva del mejor interés del paciente, y se deberá analizar la posibilidad de otorgar el alta propiamente dicho.

Derecho del paciente versus deber médico

Las máximas “el derecho de uno termina donde comienza el derecho del otro” y “todo derecho corresponde a un deber” nos invitan a reflexiones legales y éticas acerca de los conflictos de derechos y de la necesidad de ponderarlos²⁵, buscando la delimitación precisa de cada uno entre tantos existentes.

No sin razón, el alta a pedido plantea tantos cuestionamientos a los consejos de medicina. Si, por una parte, está la autonomía del paciente, que le da derecho a interrumpir los cuidados asistenciales en régimen de hospitalización, de acuerdo con el art. 31 del CEM²², la garantía constitucional de la libertad de locomoción y de no estar obligado a hacer o a dejar de hacer cualquier cosa, salvo en virtud de la ley (art. 5.º, inc. II y XV de la Constitución Federal)¹⁶; por otra parte, está el deber del médico de hacer todo por la salud y la vida del paciente (art. 32 del CEM)²², la obligación de brindar asistencia a la persona inválida o herida en grave e inminente peligro (art. 135 del Código Penal)²⁶, so pena

de responder por omisión de asistencia, y el derecho a intervenir, incluso contra la voluntad del paciente, en caso de peligro inminente de muerte (art. 146, §3.º, I, del Código Penal)²⁶.

Para orientarse en este conflicto relacionado con el alta a pedido, siempre se debe comprobar, en primer lugar, si la suspensión del tratamiento hospitalario supondrá un riesgo inminente de muerte al paciente. Aquí está el parteaguas para otorgar o no el alta. Si no existe riesgo inminente de desenlace letal, se debe atender el pedido de alta, aunque el médico tratante se oponga a ella por entender que la referida interrupción del tratamiento hospitalario acarreará algún perjuicio al paciente.

Es oportuno citar la conclusión del consejero Marco Segre, del Consejo Regional de Medicina del Estado de São Paulo (Cremesp), consagrada en el Dictamen 14.206/1997: el hospital no es una prisión, y el alta médica no es una orden de libertad²⁷. Se trata, pues, de privilegiar el principio de autonomía que, según la lección del profesor Genival França, otorga al paciente *el derecho a ser autor de su propio destino y de optar por el camino que quiera dar a su vida*²⁸, en este caso, no le corresponde al médico adoptar ninguna conducta paternalista del pasado, bajo la bandera de la beneficencia.

Sin embargo, este mismo derecho del individuo a conducir su vida y a disponer de su cuerpo en la forma que prefiera sufre limitaciones en la medida en que también existe un deber de vivir, impuesto por el ordenamiento ético-jurídico, por el que no está autorizado a atentar, directa e inmediatamente, contra su propia existencia, aunque su tentativa no sea punible, al igual de lo que sucede con el suicidio. Tal deber de vivir cobra expresión, en el entorno hospitalario, si la decisión del paciente de interrumpir el tratamiento conlleva un riesgo inminente de muerte, circunstancia en que debe denegarse de forma categórica el alta a pedido.

El art. 31 del CEM corrobora el entendimiento aquí expuesto al afirmar que se prohíbe al médico *ignorar el derecho del paciente o de su representante legal a decidir libremente sobre la realización de prácticas diagnósticas o terapéuticas, salvo en el caso de riesgo inminente de muerte*²². Además, el art. 146 del Código Penal, al tratar la coacción ilegal, autoriza *la intervención médica o quirúrgica, sin el consentimiento del paciente o de su representante legal, si lo justifica el peligro inminente para la vida*²⁶.

En estos casos, el riesgo de muerte debe ser inminente, es decir, actual y probable. Por actual se entiende lo que sucede en el tiempo presente, cercano, inmediato. Lo probable, en cambio, es diferente de lo posible, ya que este último expresa que “puede ocurrir”, mientras que el primero significa que “debe ocurrir”, es decir, existe certeza razonable en cuanto al desenlace letal con base en las evidencias científicas. En este punto, se considera relevante analizar las ponderaciones del exponente penalista Nelson Hungria acerca de la intervención médica ante el riesgo inminente para la vida:

No basta un mero peligro para la salud, ni un peligro remoto o incierto para la vida. Es necesario que la intervención médica o quirúrgica se presente necesaria, urgente, inaplazable, para conjurar la inminencia de la muerte del paciente. Es necesario que exista una realidad objetiva, concreta, de peligro para la vida, que, con certeza o muy probablemente, según la indicación científica, será debelado por el tratamiento que se va a aplicar. No es suficiente una posibilidad mediata del evento letal o condicionada a eventuales complicaciones. Se vuelve desautorizado el tratamiento arbitrario incluso en los casos en que, aunque sea previsible la muerte del paciente, tenga este un período de supervivencia más o menos prolongado²⁹.

Es importante resaltar que la autorización legal para intervenir incluso contra la voluntad del paciente está circunscrita al riesgo inminente de muerte y no es extensiva a toda y cualquier ocurrencia de daño, aunque sea grave e irreparable, si este no representa una amenaza inminente de muerte.

Por lo tanto, si un paciente diabético acude al servicio de urgencias de un hospital para tratar una úlcera del pie derivada de un compromiso vascular causado por la diabetes (enfermedad arterial obstructiva periférica — EAOP) y, durante su hospitalización, decide solicitar el alta médica antes de la cirugía de revascularización indicada, manteniendo su intención, aún después de haber sido informado sobre la necesidad de un abordaje quirúrgico y el riesgo de amputación del pie, si no se trata adecuadamente, no hay forma de negarle el alta a pedido, incluso si resulta en un daño grave e irreparable con la progresión del

deterioro vascular, consistente con la amputación de la extremidad, por la cual el médico no puede ser considerado responsable.

Este entendimiento se fundamenta en el Dictamen Cremesp 51.723/2005, que, al abordar la cuestión específica de los riesgos del alta a pedido, establece que, (...) *estando presente la imprescindibilidad de la hospitalización para garantizar el tratamiento y salvaguardar la vida y la integridad física y mental del paciente, el alta a pedido, contraria, por lo tanto, a la decisión médica, implica una situación cuyo riesgo el profesional no está obligado a asumir*³⁰.

El alta a pedido contraria a la indicación médica siempre acarreará un riesgo de agravamiento del estado de salud del paciente⁵. Si existe la posibilidad de un tratamiento ambulatorio adecuado, no habría razones para oponerse al pedido del paciente, ya que el alta a pedido no debe confundirse con el rechazo al tratamiento. Por cierto, el alta a pedido puede estar motivada por el rechazo a cualquier tratamiento propuesto en régimen de hospitalización, pero no todo rechazo de tratamiento conduce al alta a pedido. El paciente puede, por ejemplo, simplemente rechazar el tratamiento propuesto y estar dispuesto a otras opciones terapéuticas disponibles en el entorno hospitalario.

En resumen, al recopilar las manifestaciones de los consejos de medicina acerca del alta a pedido, se extrae que el médico, al no estar de acuerdo con la concesión del alta, debe buscar inicialmente la motivación del paciente/responsable, buscando, si es posible, disuadirlo de este propósito. Para ello, el médico deberá informar al paciente sobre el cuadro clínico, las opciones diagnósticas o terapéuticas disponibles y las posibles consecuencias de la interrupción de los cuidados asistenciales en régimen de hospitalización, entre otras dudas relacionadas con el caso.

Si no logra éxito en dicho convencimiento, se debe evaluar el riesgo de muerte inminente derivado de la interrupción de la asistencia hospitalaria y, si no lo hay, el médico debe otorgar el alta, privilegiando la autonomía del paciente. Si se constata el riesgo aludido, se suplanta el principio de autonomía por el de beneficencia y se debe negar el alta médica.

El Dictamen CFM 33/2000 indica que *el hecho de que tal paciente no pueda expresar su voluntad es irrelevante, ya que, aunque exista una declaración*

previa de su deseo de no ser tratado, el tratamiento debe realizarse contra la voluntad del paciente, en caso de peligro inminente para la vida o de riesgo de muerte por omisión del tratamiento³¹. En cambio, el Dictamen 7/2019, del Consejo Regional de Medicina del Estado de Minas Gerais (CRM-MG), establece que en caso de riesgo inminente para la vida, la misma [alta a pedido] no debe ser aceptada por el médico, y sin riesgo, deberá ser autorizada por el médico, previa firma del formulario de alta a pedido y amplio registro de toda la evolución clínica y decisión por parte del paciente o de su representante legal, en la historia clínica³².

Según el Dictamen 11/1997, del Consejo Regional de Medicina del Estado de Mato Grosso do Sul (CRM-MS), (...) la única situación en la que el médico no deberá, bajo ninguna circunstancia, aceptar el "alta a pedido" es aquella en la que esté bien demostrada la situación de peligro inminente para la vida o grave riesgo para la salud del paciente⁴. El Dictamen CRM-MG 54/2018 señala que en el caso de alta a pedido, sin poner en riesgo la vida del paciente, ni el médico tratante ni el hospital pueden vulnerar el principio de autonomía del paciente, restringiendo su derecho de "ir y venir" (...). Esta es la línea que adoptar, salvo riesgo inminente de muerte, cuando entonces cambia la regla, privilegiando el esfuerzo de salvar, en detrimento de la autonomía del enfermo o de su familia¹.

En ese mismo sentido, el Poder Judicial se ha pronunciado: no corresponde al Poder Judicial, en el sistema jurídico brasileño, autorizar u ordenar tratamientos médico-quirúrgicos u hospitalarios, salvo en casos excepcionalísimos y salvo cuando implique los intereses de menores. Si el peligro para la vida es inminente, es derecho y deber del médico emplear todos los tratamientos, incluida la cirugía, para salvar al paciente, incluso contra la voluntad del paciente, y de sus familiares y de quienquiera que sea³³. (...) el profesional de la salud tiene el deber, en caso de peligro inminente para la vida, de emprender todas las diligencias necesarias al tratamiento del paciente, independientemente de su consentimiento o de sus familiares³⁴.

Contrariamente al entendimiento presentado, hay solo la opinión del consejero Marco Segre, registrada en el Dictamen Cremesp 41.848/1996³⁵ y aprobada por el pleno, de que se debe respetar la autonomía del paciente incluso ante el peligro inminente de muerte, citando como ejemplo la situación

de los testigos de Jehová que se niegan a aceptar transfusiones de sangre.

Incluso con las premisas anteriores, propongo que las respuestas a las cuestiones del consultante sean las siguientes:

1) Peligro inminente para la vida

a) ¿Irrespetar los derechos del paciente a decidir libremente sobre su propia vida? Ejemplo: casos de pacientes que ya no desean ser ventilados artificialmente cuando se encuentran en insuficiencia respiratoria.

b) Cuando hay pérdida de consciencia, pero el paciente ha aclarado previamente al médico los límites de intervención a que aceptará someterse, ante un peligro inminente para su vida, ¿deberá el médico seguir respetando la voluntad del paciente? Ejemplo: Testigos de Jehová que se niegan a aceptar transfusiones de sangre.

Respuesta: Mi opción afirmativa, inequívoca, es por la alternativa b³⁵.

Sin embargo, ese mismo consejo, posteriormente, por medio del Dictamen Cremesp 16.948/1999³⁶, cambió de orientación, manifestándose en el sentido de que la soberanía de la voluntad del paciente solo debe prevalecer cuando no exista un riesgo inminente para la vida.

Para solucionar el problema, es fundamental distinguir el alta a pedido que no implique riesgo inminente para la vida, de aquel en sentido contrario; solo mediante una evaluación y una opinión técnica puede hacerse tal distinción. En el caso de la primera situación, prevalece la soberanía de la voluntad del paciente, ya que tiene derecho a decidir sobre su alta hospitalaria³⁶.

Prescripción de medicamentos en el alta a pedido

Una situación que puede generar dudas se refiere al suministro de una receta al paciente, cuando se otorga el alta a pedido con la contraindicación del médico tratante, ya que existen diferentes manifestaciones de los consejos de medicina.

El Dictamen CRM-MG 124/2017³⁷ y el Dictamen Cremesp 20.589/2000³⁸, por ejemplo, eximen la prescripción de medicamentos en este caso y establecen que: (...) el paciente que, debidamente informado y sin riesgo inminente para su vida, acepta

el incumplimiento de la determinación médica de permanecer bajo tratamiento hospitalario, exime al profesional de la obligación de dar continuidad al tratamiento, así como de emitir una receta^{37,38}.

Otros documentos actúan en sentido contrario, determinando la prescripción de medicamentos para su uso tras el alta hospitalaria como un derecho del paciente, cuya negativa por parte del médico solo es posible cuando la administración de medicamentos adecuados al caso sea inviable fuera del entorno hospitalario o pueda ser perjudicial para el paciente, tal como se transcribe en el Dictamen CRM-MG 54/2018: *Al salir del hospital, el paciente tiene derecho, al igual que los demás enfermos, a la receta médica, al informe de alta y al certificado médico*¹.

Según el Dictamen CRM-PR 2.651/2018, *en caso hipotético, si el médico que no está de acuerdo con el alta hospitalaria de un paciente y entiende que mantener una prescripción de medicamentos fuera del entorno de la institución podría ser perjudicial para el paciente, podrá negarse a hacer la prescripción*³⁹. En cambio, para el Dictamen 11/2019, del Consejo Regional de Medicina del Estado de Bahía (Cremeb), *se han considerado actitudes revanchistas y potencialmente perjudiciales a la seguridad del paciente, el no entregar un informe médico detallado y prescripciones médicas, así como cualquier tipo de discurso que pueda interpretarse como abandono del paciente desde el momento de su rechazo o de la salida del hospital, o que pueda enfrentar algún tipo de dificultad adicional en caso de regresar a la unidad o que sea tratado como persona non grata en una nueva atención*¹⁰.

Sobre el tema, el art. 32 del CEM establece que se prohíbe al médico *dejar de usar todos los medios disponibles de promoción de la salud y de prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades, científicamente reconocidos y a su alcance, en favor del paciente*²², por lo que existe el deber de prescribir medicamentos que sean seguros y que se puedan usar fuera del entorno, con el objetivo de minimizar los daños derivados de la interrupción del tratamiento. Se trata de una medida de reducción de daños.

Así, pese a las manifestaciones contrarias, el médico tratante, otorgando el alta a pedido, aunque a esta se haya opuesto, debe seguir velando por la salud y por el bienestar del paciente en la medida de lo posible²². Debe proporcionar, además del informe

de alta detallado, orientaciones en cuanto a signos/síntomas de alerta, prescripción de medicamentos que requiera el caso, informar si se pueden administrar fuera del régimen hospitalario y, sobre todo, dejar a gusto al paciente para que regrese a la unidad asistencial y reanude el tratamiento, si así lo desea en el futuro.

Al actuar de esta manera, el médico no solo estará cumpliendo con celo su deber, sino que evitará posibles cuestionamientos ético-jurídicos relacionados con su práctica.

Terminalidad de la vida

Como ya se explicó, la regla es que se respete la autonomía del paciente, salvo en el caso de riesgo de muerte inminente, cuando se debe denegar el alta a pedido. Sin embargo, excepcionalmente, es posible aprobar el pedido de alta del paciente incluso si hay riesgo de muerte inminente en caso de estado terminal por enfermedad grave e incurable, según el conocimiento científico contemporáneo, siempre que se aseguren los cuidados paliativos, en los términos de la Resolución CFM 1.805/2006.

Art. 1.º *Se permite al médico limitar o suspender los procedimientos y tratamientos que prolonguen la vida del enfermo en etapa terminal, con enfermedad grave e incurable, respetando la voluntad de la persona o de su representante legal.*

(...)

Art. 2.º *El enfermo continuará recibiendo todos los cuidados necesarios para aliviar los síntomas que conducen al sufrimiento, asegurándole una asistencia integral, el bienestar físico, psíquico, social y espiritual, incluso asegurándole el derecho al alta hospitalaria*⁴⁰.

El estado terminal se entiende como una condición irreversible, independientemente del tratamiento, con una alta probabilidad de muerte en un período relativamente corto⁴¹. Se trata aquí, en la lección del teólogo Leo Pessini⁴², de rendirse a la finitud de la vida, confiriéndole dignidad a la persona humana que opta por rechazar un tratamiento fútil, a veces doloroso, que en nada cambiará el pronóstico de la enfermedad.

El avance tecnológico experimentado por la medicina actual puede implicar obstinación terapéutica, retratada en la adopción de medidas desproporcionadas que prolongan la vida y

el sufrimiento del paciente en estado terminal, sin proporcionar beneficios reales²⁴. La obstinación terapéutica puede impedir la ortotanasia (muerte en el momento justo), y el establecimiento de límites para la intervención médica busca evitar la distanasia (aplazamiento del proceso de morir), iniciando o continuando una intervención terapéutica, contraria a la voluntad del paciente en estado terminal, cuyo único objetivo es retrasar el desenlace letal.

El Dictamen Cremeb 20/2018⁴¹, al tratar de las directivas anticipadas de voluntad (también conocidas como testamento vital), abordó la “orden de no reanimar”, estableciendo que, ante un paro cardiopulmonar (situación de riesgo inminente de muerte), el médico no puede tratar de resucitar a un paciente incurable en estado terminal, si previamente ha manifestado su deseo de no ser sometido a tal intervención.

Se observa que, en las circunstancias aquí delineadas, no se mencionó la eutanasia (uso de medios para acortar la vida), procedimiento prohibido en nuestro ordenamiento ético-jurídico (art. 41 del CEM²² y art. 121, § 1.º del Código Penal²⁶), omisión de ayuda (art. 135 del Código Penal²⁶), ni abandono del paciente (art. 36 del CEM²²), ya que los cuidados paliativos deben administrarse para evitar el sufrimiento, el dolor y las complicaciones previsibles del curso natural de la enfermedad.

En vista de lo anterior, el pedido de alta hospitalaria debe ser concedido en caso de terminalidad de la vida, aunque exista riesgo inminente de muerte, mediante, siempre que sea posible, institución de cuidado domiciliario (*home care*), permitiendo al paciente en etapa terminal regresar a la intimidad y a la comodidad de su hogar, junto a sus allegados, si esa es su voluntad.

Consideraciones finales

El alta a pedido requiere que el médico analice diversas variables que acompañan a la solicitud, tales como: capacidad y competencia del solicitante del alta; legitimidad representativa del familiar que realiza el pedido ante la imposibilidad del paciente de manifestar su voluntad; medición del riesgo para la vida; posibilidad de prescripción de medicamentos para uso domiciliario, entre otras.

El riesgo inminente de muerte es la directriz para la concesión o no del alta. Si no hay riesgo inminente de un desenlace letal, el pedido de alta debe ser concedido, privilegiando la autonomía del paciente capaz y competente para elegir los cuidados asistenciales a los que desea o no someterse, aunque el médico tratante se oponga a ello por entender que la aludida interrupción del tratamiento hospitalario acarreará algún perjuicio.

Si existe riesgo inminente de muerte, debe denegarse el alta, salvo en la situación peculiar de que el paciente se encuentre en estado terminal debido a una enfermedad grave e incurable, según el conocimiento científico contemporáneo. En este caso, se puede conceder el alta, siempre que se aseguren los cuidados paliativos.

Aunque el pedido de alta contradiga la indicación médica, el médico debe continuar velando por la salud y por el bienestar del paciente en la medida de lo posible. Debe proporcionar, además del informe de alta detallado, orientaciones en cuanto a signos/síntomas de alerta, prescripción de medicamentos que requiera el caso, informar si se pueden administrar fuera del régimen hospitalario y, sobre todo, dejar a gusto al paciente para que regrese a la unidad asistencial y reanude el tratamiento, si así lo desea en el futuro.

Referencias

1. Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais. Parecer CRM-MG n° 54/2018: processo-consulta n° 56/2018 [Internet]. Belo Horizonte: CRM-MG; 2018 [acceso 26 jan 2023]. p. 2. Disponible: <https://bit.ly/40tcUtA>
2. Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul. Cremers 7/2018: alta administrativa (equivalente alta a pedido) [Internet]. Porto Alegre: Cremers; 2018 [acceso 26 jan 2023]. p. 1. Disponible: <https://bit.ly/42OgV8>
3. Mato Grosso do Sul. Tribunal de Justiça. Recurso em sentido estrito n° 0000606-38.2016.8.12.0008 [Internet]. Campo Grande: TJMS; 2017 [acceso 26 jan 2023]. Disponible: <https://bit.ly/3zf6eD5>

4. Conselho Regional de Medicina do Estado de Mato Grosso do Sul. Parecer nº 11/1997 [Internet]. Campo Grande: CRM-MS; 1997 [acesso 26 jan 2023]. p. 1-2. Disponível: <https://bit.ly/3nwVVYN>
5. Cano MV, Barbosa HF. Alta a pedido contra indicação médica sem iminente risco de morte. Rev. bioét. (Impr.) [Internet]. 2016 [acesso 26 jan 2023];24(1):147-55. DOI: 10.1590/1983-80422016241116
6. Batista LL, Zanella AKBB, Pessoa SMF, Mota AP. Alta a pedido: estudo sobre a percepção de pacientes e profissionais. Rev. bioét. (Impr.) [Internet]. 2018 [acesso 26 jan 2023];26(2):271-81. Disponível: 10.1590/1983-80422018262248
7. Brasil. Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013. Dispõe sobre o exercício da medicina [Internet]. Brasília: Presidência da República; 2013 [acesso 26 jan 2023]. p. 1. Disponível: <https://bit.ly/42Smrf6>
8. Brasil. Ministério da Saúde. Padronização da nomenclatura do censo hospitalar [Internet]. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2002 [acesso 26 jan 2023]. Disponível: <https://bit.ly/3lPqpV8>
9. Conselho Regional de Medicina do Estado do Mato Grosso do Sul. Parecer nº 7/2018: processo consulta CRM/MS nº 25/2016 [Internet]. Campo Grande: CRM-MS; 2017 [acesso 26 jan 2023]. Disponível: <https://bit.ly/3TQs4Xb>
10. Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia. Processo consulta nº 000.019/2017 [Internet]. Salvador: Cremeb; 2019 [acesso 26 jan 2023]. p. 3. Disponível: <https://bit.ly/40JV1pT>
11. Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná. Parecer nº 1.883/2007 CRM-PR [Internet]. Curitiba: CRM-PR; 2007 [acesso 26 jan 2023]. Disponível: <https://bit.ly/40qLVPO>
12. Ribeiro DC. Autonomia: viver a própria vida e morrer a própria morte. Cad Saúde Pública [Internet]. 2006 [acesso 26 jan 2023];22(8):1749-54. DOI: 10.1590/S0102-311X2006000800024
13. Vasconcelos C. Direito médico e bioética: história e judicialização da relação médico-paciente. Rio de Janeiro: Lumen Juris; 2020.
14. Meirelles AT, Fernandes L. A recusa a tratamento médico por convicção religiosa e a teoria do menor maduro: uma análise à luz do sistema jurídico brasileiro. Revista Científica da FASETE [Internet]. 2019 [acesso 26 jan 2023];1:109-33. p. 118. Disponível: <https://bit.ly/3zgfzut>
15. Brasil. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil [Internet]. Brasília: Presidência da República; 2002 [acesso 26 jan 2023]. Disponível: <https://bit.ly/3zhLxXk>
16. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [Internet]. Brasília: Presidência da República; 1988 [acesso 26 jan 2023]. Disponível: <https://bit.ly/3G10kcM>
17. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências [Internet]. Brasília: Presidência da República; 1990 [acesso 26 jan 2023]. Disponível: <https://bit.ly/3Khs8qX>
18. Casado M, editora. Materiales de bioética y derecho. Barcelona: Cedecs Editorial; 1996. p. 115-6.
19. Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro. Parecer Cremerj nº 86/00 [Internet]. Rio de Janeiro: Cremerj; 2000 [acesso 26 Set 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3JU5NTU>
20. Brasil. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência) [Internet]. Brasília: Presidência da República; 2015 [acesso 26 jan 2023]. p. 1. Disponível: <https://bit.ly/3Zkp1Ty>
21. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.232/2019. Estabelece normas éticas para a recusa terapêutica por pacientes e objeção de consciência na relação médico-paciente. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, p. 113, 16 set 2019 [acesso 26 jan 2023]. Seção 1. Disponível: <https://bit.ly/3KipWEA>
22. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019 [Internet]. Brasília: CFM; 2019 [acesso 26 jan 2023]. p. 27. Disponível: <https://bit.ly/40lcAqv>
23. Fontana-Rosa JC, Oliveira RA. O responsável legal é de fato o responsável? Um questionamento ético-legal sobre o termo. Rev Assoc Méd Bras [Internet]. 2008 [acesso 26 jan 2023];54(3):279-82. DOI: 10.1590/S0104-42302008000300024
24. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.995/2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes [Internet]. Brasília: CFM; 2012 [acesso 26 jan 2023]. p. 2. Disponível: <https://bit.ly/2Jvx9Tp>
25. Bringedal B, Isaksson Rø K, Magelssen M, Førde R, Aasland OG. Between professional values, social regulations and patient preferences: medical doctors' perceptions of ethical dilemmas. J Med Ethics [Internet]. 2018 [acesso 26 Set 2021];44(4):239-43. DOI: 10.1136/medethics-2017-104408

26. Brasil. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal [Internet]. Brasília: Presidência da República; 1940 [acesso 26 jan 2023]. p. 30. Disponível: <https://bit.ly/40N8YmS>
27. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Consulta nº 14.206/97 [Internet]. São Paulo: Cremesp; 1998 [acesso 26 jan 2023]. Disponível: <https://bit.ly/3KdZxYl>
28. França GV. Direito médico. 12ª ed. Rio de Janeiro: Forense; 2014. p. 41.
29. Hungria N, Fragoso HC. Comentários ao Código Penal, volume VI: arts. 137 ao 154. 5ª ed. Rio de Janeiro: Forense; 1980. p. 179.
30. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Consulta nº 51.723/2005 [Internet]. São Paulo: Cremesp; 2005 [acesso 26 jan 2023]. p. 2. Disponível: <http://bit.ly/21rfSIB>
31. Conselho Federal de Medicina. Processo-consulta CFM nº 7.299/99: PC/CFM/Nº 33/2000 [Internet]. Brasília: CFM; 2000 [acesso 26 jan 2023]. p. 3. Disponível: <https://bit.ly/3nxFvPw>
32. Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais. Parecer CRM-MG nº 7/2019: processo-consulta nº 233/2018 [Internet]. Belo Horizonte: CRM-MG; 2018 [acesso 26 jan 2023]. p. 3. Disponível: <https://bit.ly/3JMNtVc>
33. Rio Grande do Sul. Tribunal de Justiça. Apelação Cível nº 595000373 [Internet]. Porto Alegre: TJRS; 1995 [acesso 26 jan 2023]. p. 1. Disponível: <https://bit.ly/3GOLBON>
34. Rio Grande do Sul. Tribunal de Justiça. Apelação Cível nº 70020868162 [Internet]. Porto Alegre: TJRS; 2007 [acesso 26 jan 2023]. p. 1. Disponível: <https://bit.ly/3zerrgl>
35. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Consulta nº 41.848/96 [Internet]. São Paulo: Cremesp; 1997 [acesso 26 jan 2023]. p. 2. Disponível: <https://bit.ly/3TWWN4P>
36. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Consulta nº 16.948/99 [Internet]. São Paulo: Cremesp; 2000 [acesso 26 jan 2023]. p. 1. Disponível: <https://bit.ly/3nxzlil>
37. Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais. Parecer CRM-MG nº 124/2017: processo-consulta nº 5.842/2016 [Internet]. Belo Horizonte: CRM-MG; 2017 [acesso 26 jan 2023]. p. 2. Disponível: <https://bit.ly/3M8XRAC>
38. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Consulta nº 20.589/00 [Internet]. São Paulo: Cremesp; 2000 [acesso 26 jan 2023]. p. 1. Disponível: <https://bit.ly/40rFOtN>
39. Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná. Parecer nº 2.651/2018 CRM-PR [Internet]. Curitiba: CRM-PR; 2018 [acesso 26 jan 2023]. p. 2. Disponível: <https://bit.ly/3KhXWRm>
40. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.805/2006 [Internet]. Brasília: CFM; 2006 [acesso 26 jan 2023]. p. 1-2. Disponível: <https://bit.ly/3npGFN7>
41. Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia. Parecer Cremeb nº 20/18 [Internet]. Salvador: Cremeb; 2018 [acesso 26 jan 2023]. Disponível: <https://bit.ly/3zhCCFm>
42. Pessini L. Distanásia: até quando prolongar a vida? São Paulo: Loyola; 2001.

Anilton de Jesus Cerqueira – Estudante de grado – aniltoncerqueira@yahoo.com.br

 0000-0002-4542-1963

Camila Vasconcelos de Oliveira – Doctora – camila.vasconcelos@ufba.br

 0000-0003-0847-0990

Correspondencia

Anilton de Jesus Cerqueira – Faculdade de Medicina da Bahia. Praça XV de novembro, s/n, Largo do Terreiro de Jesus CEP 40025-010. Salvador/BA, Brasil.

Participación de los autores

Anilton de Jesus Cerqueira realizó la investigación y redactó el artículo. Camila Vasconcelos de Oliveira orientó y revisó el artículo.

Recibido: 16.5.2022

Revisado: 26.1.2023

Aprobado: 28.1.2023