



La bioética aplicada al contexto de la práctica médica asistencial cotidiana

Susana del Carmen Vanoni.

Tesis - Maestría en Bioética - Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas.
Secretaría de Graduados en Ciencias de la Salud, 2014.

Aprobada: 2014

Este documento está disponible para su consulta y descarga en RDU (Repositorio Digital de la Universidad Nacional de Córdoba). El mismo almacena, organiza, preserva, provee acceso libre y da visibilidad a nivel nacional e internacional a la producción científica, académica y cultural en formato digital, generada por los miembros de la Universidad Nacional de Córdoba. Para más información, visite el sitio <https://rdu.unc.edu.ar/>

Esta iniciativa está a cargo de la OCA (Oficina de Conocimiento Abierto), conjuntamente con la colaboración de la Prosecretaría de Informática de la Universidad Nacional de Córdoba y los Nodos OCA. Para más información, visite el sitio <http://oca.unc.edu.ar/>

Esta obra se encuentra protegida por una Licencia Creative Commons 4.0 Internacional



La bioética aplicada al contexto de la práctica médica asistencial cotidiana by Susana del Carmen Vanoni is licensed under a Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional License.

[Escribir texto]

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

TESIS DE MAESTRÍA EN BIOÉTICA

**La bioética aplicada al contexto de la
práctica médica asistencial cotidiana**

Dra. Susana del Carmen Vanoni

2014

DIRECTOR DE TESIS
Prof. Dr. Pedro Saracho Cornet

**La Facultad de Ciencias Médicas no se hace solidaria con las
opiniones de esta tesis**

A María José y María Luisa, mis amadas y valerosas hijas, con el fuerte deseo que este trabajo genere también en ellas la misma y verdadera pasión por el ejercicio ético de sus respectivas profesiones

Agradecimientos:

Al Prof. Dr., Pedro Saracho Cornet por su paciencia infinita en la espera de la concreción de este trabajo

Al Dr. Miguel Fernández Bordas que desde hace 35 años comparte conmigo la pasión por la Medicina

Al Prof. Dr. Julio Horacio Carri que desinteresadamente revisó todo el documento con aportaciones valiosas y oportunas y por su permanente estímulo para la elaboración del mismo

Al Dr. Agustín Vagliera, abogado miembro del Comité de Ética del Instituto Reumatológico Strusberg quien, ante mis dudas y consultas sobre el marco jurídico argentino no escatimó involucrar a sus colegas para brindarles solución y por ende agradezco también a la Dra. Trinidad Trejo Juárez.

A los demás miembros del mismo comité y a nuestra secretaria Florencia Monje, porque confiaron y creo que siguen haciéndolo, en mi capacitación formal en la disciplina: Prof. Dra. Hilda Montrull, Lic. Marcelo Polakoff, Sra. Norma Farina, Lic. María José Martellotto, además del Prof. Carri y el Dr. Vagliera.

Al Prof. Dr. Alberto Strusberg y a la Dra. Ingrid Strusberg que me alentaron y apoyaron para iniciar esta carrera

Al los presidentes de las Sociedades de Gastroenterología, Dr. Plácido Gallegos y de Oncología de Córdoba, Dr. Marcelo Lavarda, que difundieron la encuesta entre los miembros de las sociedades que presiden

A los miembros de la sección Neumonología Clínica y Crítica de la Asociación Argentina de Medicina Respiratoria, junto a otros miembros de la misma que respondieron la encuesta a mi sólo pedido

Al Prof. Dr. Francisco León que aún antes de solicitárselo, difundió generosamente la encuesta entre los miembros médicos de la Sociedad Chilena de Bioética y por su intermedio a quienes la respondieron e inclusive realizaron algunas observaciones

A todos los colegas que ayudaron a la difusión de la encuesta y a todos los que emplearon su tiempo en completarla

A mis profesores y compañeros en la maestría

A mis pacientes porque devuelven con una cálida sonrisa de afable reconocimiento, mi empeño asistencial ajustado a la ética

INDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN	7
SUMMARY	10
I. INTRODUCCIÓN	12
I.1 El consentimiento informado	18
I.2 La capacidad de los pacientes para consentir	23
I.3 El paciente menor	26
I.4 La veracidad en la relación médico paciente	30
I.5 El secreto médico	32
I.6 Objeción de conciencia	33
I.7 Decisiones al final de la vida	35
I.8 La limitación al esfuerzo terapéutico	42
I.9 Ley de voluntades anticipadas	45
I.10 El deber de no abandonar al paciente	47
I.11 El costo en salud y el uso racional de los recursos	49
I.12 La ética de los principios en la deliberación moral	55
II. OBJETIVOS	58
II.1 Objetivo primario	58
II.2 Objetivos secundarios	58
III. MATERIAL Y MÉTODOS	60
III.1 Diseño metodológico	60
III.2 Diseño de la encuesta	60
III.3 Versión final del cuestionario	62
III.4 Distribución de la encuesta y privacidad de datos	63

III.5	Análisis estadístico _____	65
III.6	Ética de la investigación _____	67
IV.	RESULTADOS _____	68
IV.1	Información general y datos demográficos _____	68
IV.2	Consentimiento informado _____	71
IV.3	Asentimiento y menor maduro _____	72
IV.4	Población vulnerable _____	72
IV.5	Secreto profesional y veracidad en la relación médico paciente ____	73
IV.6	Eutanasia y fin de la vida _____	74
IV.7	Decisión de no brindar atención al paciente _____	75
IV.8	Costo efectividad en la atención _____	76
IV.9	Ética de mínimos _____	77
IV.10	Relaciones entre las variables _____	77
IV.10..1	Años de ejercicio profesional desde el egreso _____	77
IV.10..2	Capacitación formal en Bioética _____	79
IV.10..3	Especialidad médica en Oncología _____	79
V.	DISCUSIÓN _____	82
V.1	Consentimiento informado _____	82
V.2	El paciente menor de edad y poblaciones vulnerables _____	84
V.3	Secreto y veracidad _____	88
V.4	Al final del camino _____	92
V.5	Objeción de conciencia y no atención _____	94
V.6	La medicina como erogación _____	98
V.7	Los principios bioéticos _____	99
V.8	Las variables relacionadas _____	101

VI. CONCLUSIONES	104
VII. ANEXOS	106
VII.1 Formulario final encuesta:	106
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	112

RESUMEN

Introducción: La bioética puede considerarse como una disciplina amplia cuya rama biomédica abarca los problemas relacionados a la ética de la asistencia y la investigación en los seres humanos.

El ejercicio de la profesión médica conlleva en sí mismo la dignificación del hombre y no puede concebirse la actividad sin contemplar la dimensión ética de la vida humana. El enorme avance técnico y científico de la Medicina y el cambio de paradigma en la relación médico paciente han generado transformaciones profundas en el escenario de la práctica asistencial.

Objetivos primario: reconocer, mediante una encuesta, la manera en que los profesionales médicos aplican o interpretan aspectos bioéticos esenciales en la práctica asistencial.

Objetivos secundarios: Establecer si los años de ejercicio profesional, la capacitación formal en bioética o la especialidad de oncología (por su condición de mayor contacto con enfermos terminales) modifican las respuestas a algunos dominios del cuestionario.

Material y métodos: Se diseñó una encuesta a los fines de la investigación, compuesta por 23 dominios o preguntas con respuestas de opciones múltiples. El cuestionario interrogó sucesivamente aspectos bioéticos sobre consentimiento informado, el menor maduro, población vulnerable, veracidad en la relación médico paciente, secreto médico, objeción de conciencia, decisiones al final de la vida, limitación al esfuerzo terapéutico, ley de voluntades anticipadas, el deber de no abandonar al paciente, los costos en salud y los principios éticos en la deliberación moral. Mediante la herramienta informática Google Drive se distribuyó entre médicos de distintas especialidades. Las respuestas se recuperaron de manera anónima para su procesamiento estadístico.

Resultados: Se recuperaron un total de 144 encuestas no existiendo prácticamente dominio alguno que hubiera sido respondido por

todos los participantes. Por tal motivo, los datos porcentuales se obtuvieron para cada dominio sobre el total de respuestas recogidas. La edad media de los encuestados fue 50,41 (± 12.14) años. Respondieron 51 mujeres (35,42%) y 93 hombres (64,58%). La especialidad predominante fue la neumonología con 42 (29%) profesionales. Con relación a los años de egresados 110 (76,39%) profesionales se ubicaron en la categoría “más de 16 años”. La media en años de ejercicio de la especialidad fue 19,03 (± 12.54). La capacitación formal en bioética estuvo presente en 31(22%) encuestados.

Las variables seleccionadas mostraron amplia diversidad en los resultados como expresión de la individualidad de los galenos frente a la situación asistencial concreta. Al relacionar las variables entre sí los médicos con más de 16 años de ejercicio profesional mostraron menor tendencia a utilizar los algoritmos en pacientes crónicos para mejorar la relación costo efectividad en salud. La capacitación formal en bioética favoreció la selección correcta de la respuesta sobre definición de asentimiento en el menor maduro y también favoreció identificar con mayor frecuencia al consentimiento informado como un proceso. Finalmente, la especialidad en Oncología no exhibió sesgo alguno al comparar las respuestas a los dominios sobre decisiones al final de la vida o limitación del esfuerzo terapéutico.

Conclusión: Puede señalarse que es altamente deseable la capacitación formal en bioética de los profesionales médicos. Sin embargo, poseer esta formación específica no diferenció las opiniones de quienes la poseían demostrando quizás que los jóvenes que seleccionan la Medicina como profesión traen ya un perfil moral diferente al resto.

Palabras claves: bioética, asistencia médica, consentimiento, población vulnerable, eutanasia, objeción de conciencia, ética de mínimos.

SUMMARY

Introduction. Bioethics can be considered as a large discipline with a biomedical branch including matters related with ethics of assistance and investigation in human beings.

The medical profession performance implies human dignity and it is impossible to think of this activity without considering ethical dimension of human life. The huge technical advances in Medicine and the change in doctor-patient relationship have deeply transformed the clinical settings.

Primary objective. To recognize, with the use of a survey, the way physicians apply or understand bioethical aspects in their clinical practice.

Secondary objectives. To establish if there is influence of number of years of clinical practice, formal training in Bioethics or being a specialist in Oncology (close contact with end stage-diseased patients), in the answers to some questions of the survey.

Material and methods. A survey with twenty three questions with multiple choice answers was performed. The questionnaire consisted of bioethical aspects on informed consent, mature children, vulnerable population, reliability in doctor-patient relationship, medical secret, conscience objections, end-of-life decisions, limitation of therapeutic efforts anticipated will decisions, the duty of not abandoning patients, health costs and ethical principles in moral considerations. The Google Drive Program was chosen and distributed in an anonymous way to physicians with different specialities. The answers were anonymously recovered for statistical processing.

Results. One hundred and forty four surveys were received. The participants answered the questions partially and not a single domain was answered by all the respondents. So, the percentages were obtained for each question considering the total number of answers. The mean age of respondents was 50.41(+/- 12.14) years. There were 51 answers of women

(35.42) and 93 of men (64.58). Predominant speciality was Respiratory Medicine with 42 (29%) answers. One hundred and ten (76.39%) professionals were in the “more than 16 years” group. The median time of specialists’ practice was 19.03 years. Formal training in Bioethics was present in 31 (22%) physicians and training on related disciplines in 14 (11%).

The selected variables showed a wide diversity of results as a consequence of individuality in medical practice. Physicians with more than 16 years of medical practice exhibited a lower tendency to employ algorithms in chronic patients in order to improve the relationship ($p=0.012$). Formal training in Bioethics modified favorably the correct answer on the definition of assent in mature children and identified more frequently the informed consent as a process. Finally, specialists in Oncology did not show any bias when comparing the answers related with end-of-life decisions and therapeutic efforts.

Conclusion. Formal training of physicians in Bioethics is highly desirable. However to have this specific training did not show any differences in opinions, maybe revealing that young people who choose Medicine as a profession, would have different moral profile.

Key-words: Bioethics, medical practice, consent, vulnerable population, euthanasia, conscience objection, minimum ethics.

I. INTRODUCCIÓN

Estamos en la tierra para los demás

Albert Einstein

La década de los setenta es precisamente el tiempo en el cual se fragua la bioética como disciplina. Dos pueden considerarse los factores que aceleran su aparición: el modelo médico tecnológico que sostiene los sistemas de salud en virtud de los notables avances científicos y la toma de conciencia de la sociedad de cuánto pueden intervenir las instituciones en la vida de la personas, o dicho de otra manera, la reivindicación de los derechos individuales (1). Simón Lorda lo expresa con claridad meridiana: *“La Medicina ha avanzado infinitamente más en el último siglo que en los 40 siglos precedentes. Nuestra capacidad de intervención en los procesos de salud y enfermedad de las personas, tiene actualmente un calibre que era impensable hace tan sólo 100 años”* (1).

El vocablo “bioética” fue introducido a comienzos de la pasada centuria por Fritz Jarh, teólogo protestante, en un artículo publicado en la revista Kosmos (*BioEthics: A Review of the Ethical Relationships of Humans to Animals and Plants*) en el cual instaba a la defensa de todas las formas de vida. Acuña el término en 1927 centrado en lo que él denominó “imperativo bioético” señalando la importancia de respetar a cada ser vivo como un fin en sí mismo y tratarlo consecuentemente en tanto sea posible (2,3). Su expresión en cierta forma, intenta ser más abarcadora que el imperativo categórico kantiano *“Obra de tal modo que uses la humanidad, tanto en tu persona como en la persona de cualquier otro, siempre como un fin al mismo tiempo y nunca solamente como un medio”* (Immanuel Kant, 1724 – 1804).

Sin embargo, la palabra **bioética** adquiere dimensión masiva al ser introducida por Van Rensselaer Potter en 1971 (*Bioethics Bridge to the Future*) promoviendo desde sus páginas un “puente” integrador de múltiples dimensiones (3).

Puede considerarse que la bioética en su concepto más amplio, incluye cinco ramas de las cuales la ética biomédica abarca los problemas relacionados a la ética en la asistencia (nombrada en general como bioética) y la ética en la investigación en seres humanos (4).

El ejercicio asistencial de la profesión médica conlleva en sí mismo la dignificación del hombre. No puede entonces concebirse la actividad sin contemplar la dimensión ética de la vida humana.

La educación técnico – formal del médico demanda largos años de preparación disponiéndose de un adecuado marco curricular que prepara al discente para la profesión. Sin embargo, la capacidad para tomar decisiones en aspectos bioéticos de la práctica asistencial entraña la adquisición de valores y juicios que son inherentes al propio individuo y en frente a una situación determinada. Junto a la cama del paciente nada es blanco o negro sino una gama de grises.

Muchas veces se ha apelado para la toma de decisiones a documentos históricos, tal como el juramento hipocrático, pero en los tiempos actuales con el amplio panorama de posibilidades que brinda la ciencia médica, es razonable considerar que resultan insuficientes (5). No sólo los avances de la Medicina sino también el cambio de paradigma en la relación médico paciente, han generado transformaciones profundas en el escenario de la práctica asistencial.

Puede entenderse a la Bioética como una ética aplicada para la resolución de casos particulares (5). Tal como el saber médico científico se rige por principios generales con excepciones a los mismos frente al paciente concreto, la bioética también posee preceptos universales, establecidos ora por el marco legal del lugar donde se ejerce, ora por convenciones o pactos internacionales. Pero las decisiones bioéticas no

pueden reducirse simplemente a lo escrito, pues las decisiones del enfermo son autónomas y acordes a su propio juicio moral y frente a esta individualidad, mientras no atente contra el derecho de los otros, no siempre se pueden esgrimir justificaciones adecuadas para modificar una conducta.

Hasta la década de los setenta la relación entre el médico y el enfermo tuvo un carácter paternalista y absolutista (6). A partir de allí, tal como afirma Diego Gracia, *“los pacientes comenzaron a tener conciencia plena de su condición de agentes morales autónomos”* (6).

El mismo autor señala que la enfermedad puede provocar un grado de incompetencia física, pero no por ello moral. Expresa también que no puede soslayarse lo que denomina “pluralismo moral”, concediéndole igual valor que a los otros derechos humanos tales como el pluralismo político o religioso: *“el santuario de la moral individual es insobornable”* (6).

Sin embargo, no es menor el hecho que la relación médico paciente es un encuentro de dos personas libres y autónomas, con una escala de valores afín a sus principios y concepciones. Por ello que, como en toda relación humana, subyace la posibilidad del conflicto. Entiéndase a éste como la búsqueda de la verdad pero parafraseando a Pilato *¿qué es la verdad? (Jn 18:18)*.

En relación a los principios tradicionales de la Ética, puede decirse que, desde la más remota tradición occidental, al médico le cupo ejercer el principio de no maleficencia: *“Primum non nocere”* (Hipócrates). Pero algo más de veinte centurias después los pacientes comenzaron a ejercer sus derechos y surgió el principio de autonomía, como expresión de la capacidad de realizar actos con información suficiente y sin coacciones (5). Quizás hasta el surgimiento de aquel derecho, no pudiera hablarse de una verdadera “ética médica” si se entiende por ella *la moral autónoma de los médicos y los enfermos* (6). Con este principio cambió el paradigma de

una relación paternalista donde el bregar por el bien del paciente no era el único punto a debatir. El enfermo, receptor de ese bien, debía estar de acuerdo en recibirlo. No es posible hacer el bien a otros en contra de su libertad (5). Puede inferirse que el principio de autonomía y el principio de no maleficencia conllevan al de beneficencia. El médico conoce lo que es bueno para el paciente y éste lo que es bueno para sí mismo.

Como sujeto de derecho, el enfermo posee valores, costumbres, modos de vida que pueden contraponerse a los mejores beneficios considerados desde la óptica de la Medicina y por lo tanto es libre de rechazar los beneficios que la ciencia le ofrece. Pero en más de una oportunidad, ha sido la justicia la que ha debido salir en defensa de esa libertad y el principio de autonomía se ha desarrollado más a la luz de la jurisprudencia que a la voluntad de los médicos. La historia del consentimiento informado así lo demuestra. Pero puede observarse que aún hoy subyace un grado de paternalismo en la relación que algunos galenos establecen con sus pacientes.

Un trabajo realizado en la Universidad Alcalá de Henares, Madrid, ya en este siglo (2001, plasmó esta situación al demostrar que sólo poco más de la mitad de los médicos respondió “siempre” a la encuesta que incluía la necesidad de obtener el consentimiento informado para realizar un procedimiento diagnóstico o terapéutico (7). Detentar el conocimiento de la ciencia no es suficiente argumento para decidir cuál es la mejor oportunidad para el enfermo.

A esta compleja relación donde *“una confianza se entrega a una conciencia”* se suma un agente más, también sujeto de derechos, que es la propia sociedad. Los recursos humanos y técnicos de los servicios de salud son generados por la propia sociedad y por ello los médicos deben velar por su distribución equitativa, pues como todo recurso, son limitados (5). Deviene en consecuencia, el principio de justicia.

Es claro que los cuatro principios básicos de la Bioética son generales y la relación médico paciente se produce en un momento

concreto y entre dos sujetos particulares. Y esto acompaña a la práctica asistencial cotidiana, en el aquí y el ahora.

Obrar ajustado a normas y disposiciones, sino leyes, comprende actuar en consonancia con ellas. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial (1948) y sus modificaciones (1968, 1983 y 1994) puede considerarse como el primer documento moderno que intenta pautar los deberes de los médicos. Su aparición casi contemporánea con el Código de Núremberg (1946) refuerza la insoslayable influencia que tuvieron las atrocidades de los médicos del nazismo en el uso de sujetos para experimentación, en reconocer que la profesión médica no puede desarrollarse bajo el libre albedrío de sus actores.

La Declaración de Ginebra puede interpretarse como un “Juramento hipocrático” moderno que expresa en diez párrafos el compromiso que los émulos de Esculapio asumen al iniciar el ejercicio de la profesión. Por su parte, el código de Núremberg, también en 10 artículos, indica las obligaciones éticas de los médicos, siendo su núcleo principal, en lo que a asistencia se refiere, el velar por la salud de los pacientes con el máximo respeto por la vida humana, guardando el secreto médico, evitando la discriminación y ejerciendo a conciencia y dignamente la profesión.

La Asociación Médica Mundial y avanzando en la misma línea de la Declaración de Ginebra, adoptó el Código Internacional de Ética Médica (Londres, 1949) y modificaciones. Este código establece en tres capítulos los deberes de los médicos en general, los deberes con el paciente y de los médicos entre sí, donde también se exhorta a cumplir con los principios de la Declaración de Ginebra.

La Argentina dispone, en consonancia con los mencionados y con otros documentos internacionales, de códigos rectores de la práctica profesional tal como el Código de Ética Médica de la Confederación

Médica Argentina (COMRA 1955) y modificaciones y un Código de Ética para el Equipo de Salud (2001) y modificaciones provistos con la colaboración de la Sociedad de Ética en Medicina. El mencionado código expone de una manera más amplia que los principios generales de la bioética no son sólo para los médicos, sino que involucran a todo el personal que atiende a los enfermos.

En la práctica, para que una intervención médica resulte éticamente aceptable debe por lo menos, satisfacer algunos de los objetivos actuales de la Medicina: devolver la salud, aliviar los síntomas, mejorar una función dañada, conservar la vida. Pero la experiencia de casos mostrados al mundo (Theresa Marie Schiavo, Karen Ann Quinlan) demuestra que la conservación de la vida no es un objetivo independiente de los demás y hasta puede resultar éticamente cuestionable si por lo menos alguno de los otros no es alcanzable (8).

Cuando se enfrenta el reto de ejercer la asistencia médica se encuentra lo que Pedro Laín Entralgo llama la *“doble faz de casi todos los avances técnicos: uno que promete y otra que amenaza”*. Existe el peligro de olvidar que mediante la aplicación técnica de la ciencia pueden los humanos ser y hacer mucho más de lo que deben hacer y ser. El campo de la ética, concretamente el terreno de las acciones éticamente lícitas, es menos ancho que el de las posibilidades técnicas (9).

La Bioética puede entenderse como un área pluridisciplinar dedicada al análisis filosófico de las cuestiones morales que suscita el desarrollo de las ciencias biológicas (10).

Cuando se piensa en la Ética asociada a la Medicina se deben evocar también, las aristas de la práctica profesional. Diego Gracia y col. repasan algunos aspectos fundamentales en *“Ética en la práctica clínica”* (11). La deliberación moral, el consentimiento informado, la capacidad de los pacientes para tomar decisiones, la toma de decisiones con el paciente menor; el deber de no abandonar al paciente, las relaciones

entre profesionales sanitarios, la limitación del esfuerzo terapéutico, la gestión de bajas laborales, la confidencialidad en la práctica clínica, el uso racional de recursos y las actividades preventivas en atención primaria, son algunos de los conflictos que el médico enfrenta en la práctica diaria (12).

La tarea asistencial cotidiana posiciona a los galenos ante innumerables debates en la toma de decisiones. Se intenta entonces, a continuación, un repaso acotado sobre algunas de aquellas aristas.

I.1 El consentimiento informado

Es absolutamente esencial el consentimiento voluntario del
sujeto humano. Código de Núremberg. 1946

El capítulo de la Bioética, tal vez de mayor trascendencia en la práctica de la Medicina tanto en asistencia como en investigación, lo constituye el consentimiento informado, aunque posiblemente con más frecuencia como una seguridad jurídica para el médico, que como el pilar del respeto a la autonomía del paciente.

Tal como lo expresa Fernando Lolas Stepke, *“el consentimiento es en primer lugar un proceso social por el cual las personas entran en contacto con una forma particular de diálogo o conversación y en segundo lugar es un procedimiento técnico mediante el cual se manifiesta el respeto por el individuo y el objetivo del procedimiento o investigación”*. Cuando se refiere al consentimiento en la situación particular del experimento, el autor agrega una tercera característica al proceso definiéndolo *como un producto social que puede ser la realización con éxito del protocolo, la producción de conocimiento generalizable o la satisfacción de los participantes y los investigadores* (13).

El origen del consentimiento informado aplicado a la investigación puede situarse en Europa, al finalizar la segunda guerra mundial y con la intención de impedir que pudieran repetirse los abusos del régimen nazi respecto a la experimentación en seres humanos a través del juicio de Núremberg (14). Pero, la doctrina del consentimiento informado en la práctica clínica tiene una historia diferente que se remonta a más de una centuria previa no pudiendo desligarse de la trayectoria jurisprudencial en los Estados Unidos (14). Varios autores señalan que el proceso que culminó con la concepción actual del consentimiento informado ha transcurrido por dos (o tres) etapas que se desprenden de las características de la relación médico paciente vigente en cada período (15,16).

Mientras la relación médica con el paciente se cimentó en el paternalismo y el principio de beneficencia puede reconocerse que al no informar, el daño eventual que pudiera ocurrir era exclusiva responsabilidad del médico y por lo tanto la figura legal de esta primera etapa fue la negligencia.

Posteriormente los pacientes comenzaron a reclamar su derecho a decidir sobre las intervenciones sobre su propio cuerpo. Este derecho a la autodeterminación generó las demandas por agresión. La jurisprudencia condujo inexorablemente a que informar al sujeto y obtener su consentimiento, se convirtiera en un deber del ejercicio profesional de igual fortaleza que defender la vida o la salud. Esta forma de entender la asistencia afirma que procurar el bien del paciente no puede separarse de su derecho a la autonomía.

Hasta aproximadamente 1960 el ejercicio de la Medicina se ciñó a los principios hipocráticos fundamentados en el bienestar del paciente, silenciando en cierta manera sus prerrogativas. La figura del paternalismo médico (beneficencia) manejó la relación de manera casi unidireccional (17). Los derechos de los pacientes surgieron entonces, junto a otras demandas sociales como los derechos de las minorías, de las mujeres o

de los consumidores, trasladando el eje de decisiones desde la esfera del médico a la del enfermo. El profesional se convirtió progresivamente en el encargado de brindar la información de manera suficiente y comprensible para tomar entre ambos la mejor decisión (17). La toma de decisiones compartidas es la manera adecuada de tomar decisiones pues las mejores opciones científicas pueden no coincidir con las preferencias del paciente o no ser afines a su escala de valores. Involucrar a un paciente competente en la toma de decisiones conlleva también el beneficio extra de mejorar su sentido de “*auto – eficiencia*” y maximizar la adherencia a las recomendaciones (17).

La historia moderna del consentimiento informado en la asistencia comienza aproximadamente en el año 1972 con el caso *Canterbury vs Spence* (18). El término fue introducido por primera vez en la jurisprudencia norteamericana en 1957 a partir de otro caso judicial, *Salgo vs Leland Stanford* (19).

Por su parte es en la edición de 1984 del Manual de Ética del Colegio de Médicos Americanos que se lo define por primera vez de manera clara: *“El consentimiento informado consiste en la explicación a un paciente atento y normalmente competente de la naturaleza de su enfermedad, así como del balance entre los efectos de la misma y los riesgos y beneficios de los procedimientos terapéuticos recomendados, para a continuación solicitarle su aprobación para ser sometido a esos procedimientos. La presentación de la información al paciente debe ser comprensible y no sesgada; la colaboración del paciente debe ser conseguida sin coerción; el médico no debe sacar partido de su potencial dominancia psicológica del paciente”* (20).

El consentimiento informado expresa el cambio en el modelo de la relación médico paciente cimentado en la autonomía psicológica y moral de las personas, relegando el modelo vigente hasta entonces fundado en el principio de beneficencia (21).

Puede entenderse como un proceso gradual mediante el cual se obtiene la aceptación por parte del paciente para la realización de un determinado procedimiento diagnóstico o terapéutico, después de haber sido adecuadamente informado sobre las características, los beneficios y los riesgos que el mismo conlleva, así también como las alternativas existentes (7). Es importante señalar que en relación a las “otras alternativas”, el profesional no está obligado a brindar información acerca de procedimientos médicamente inútiles (22).

La concepción del consentimiento se fundamenta en el principio de autonomía o autodeterminación, que sustenta la posibilidad de los individuos de decidir sobre sí mismos, en especial sobre las acciones que afectarán su modo de vida y a su propio cuerpo. El acto de consentir resulta tanto más necesario cuanto menos urgente o más experimental es el procedimiento propuesto (19).

Se ha establecido claramente que debe reunir tres elementos esenciales (18,23). Dos de ellos competen al paciente y uno al médico, a saber:

- *Voluntariedad del paciente:* es decir, debe emitirse de manera libre y no coercitiva, sin presiones ni condicionamientos.
- *Información del médico:* el profesional debe brindarla con claridad y en cantidad y calidad suficientes para permitir y facilitar la decisión del paciente. Se limita también a la adecuada para tomar una determinada decisión, evitando explicaciones innecesarias que dificulten, más que faciliten la determinación por parte del sujeto (19).
- *Comprensión del paciente:* se relaciona con la capacidad de consentir frente al entendimiento de la información recibida. Existe una relación directa entre el grado de competencia requerida y la trascendencia de la decisión (19).

El Dr. José A. Mainetti (24) por su parte, expresa que *“información y consentimiento son los dos componentes del consentimiento informado, y ambos se desdoblán conformando cuatro elementos: 1. Revelación de la información; 2. Comprensión de la información; 3. Consentimiento voluntario; 4. Competencia para consentir”*.

El consentimiento es un derecho del paciente pero no es ilimitado. Tanto el médico como la sociedad en su conjunto pueden imponer restricciones a la capacidad de elegir de los pacientes.

Por una parte, el profesional médico no puede ser obligado a realizar una práctica contraria a sus principios morales, o dañina para el paciente o a emplear medicinas alternativas o no claramente efectivas para el sujeto, por más que éste las considerara apropiadas. Puede reconocerse aquí el principio de autonomía o el derecho a la integridad que también tiene el profesional actuante.

Por otro lado, la sociedad en su conjunto, por el principio de justicia distributiva, también puede limitar el acceso a determinadas terapéuticas que consumirían el recurso médico escaso cuando el tratamiento es inútil o los beneficios desproporcionados a los costos (19,25).

Finalmente existen algunas excepciones al consentimiento informado tanto por parte del paciente o de aquél en quien haya sido subrogado. Éstas son las situaciones de urgencia vital inmediata y aquéllas en las que del no accionar o de la demora en la acción, se desprenda un grave peligro para la salud pública, siempre que exista incompetencia o incapacidad del paciente para consentir con ausencia de sustitutos legales. Finalmente, tanto el rechazo por un enfermo capaz de toda información pertinente y el privilegio terapéutico, resultan dudosas justificaciones para la excepción al consentimiento y debieran ser rigurosamente analizadas para evitar arbitrariedades (26).

I.2 La capacidad de los pacientes para consentir

Si no podemos confiar en que los médicos evalúen a sus pacientes para actuar con el máximo respeto y en beneficio de los mismos, estaremos asistiendo al fin de la medicina como profesión.

James F Drane

Cuando se piensa en el ejercicio de la autonomía no puede soslayarse el planteo de hasta donde es autónoma la decisión del individuo enfermo. Es clara la opinión de Lorda cuando expresa que *los criterios de capacidad hacen referencia, fundamentalmente, a las aptitudes de los pacientes para recibir, comprender y procesar racionalmente información, tomar una decisión y comunicarla adecuadamente* (27). El mismo autor insiste que, como todos los juicios clínicos, el juicio será siempre de carácter probabilístico y prudencial, no de certeza científica (27).

En relación a la capacidad de consentir siempre debe asumirse como presente y por lo tanto lo que debe demostrarse en un paciente concreto para acotar su autonomía, es que no puede consentir. Por lo tanto la presunción de capacidad debe prevalecer (21).

El responsable último de definir la capacidad de consentir de un paciente es el médico tratante, aunque para su decisión requiera el auxilio de otros profesionales médicos o de otra disciplina. Evaluar la capacidad de consentir no significa una actitud paternalista sino un genuino interés por el paciente para que pueda ejercer adecuadamente sus derechos (21). En consideración a ello es que el profesional actuante debe estar siempre alerta a las condiciones que permitan suponer que un paciente tiene comprometida su capacidad. El mismo autor señala que existen por lo menos cuatro condiciones donde al médico deben activársele alarmas y evaluar la capacidad de su paciente (21):

- *El paciente ha tenido un cambio brusco en su estado mental habitual.*
- *El paciente rechaza un tratamiento que está claramente indicado en su caso y no consigue argumentar los motivos con claridad.*
- *El paciente acepta con facilidad que se le realicen procedimientos muy invasivos, molestos o peligrosos, aparentemente sin ponderar riesgos ni beneficios.*
- *El paciente tiene un trastorno neurológico o psiquiátrico de base, previamente conocido, que puede producirle estados transitorios de incapacidad.*

El interés por evaluar la capacidad de consentir de los pacientes ha recorrido un largo camino. En 1977 aparece el que podría considerarse el primer trabajo en relación a la evaluación sistemática de dicha capacidad desdeñando la forma en la que hasta entonces se realizaba, con el sólo criterio médico fundado en el sentido común y en la experiencia. Se publica en esa fecha el test de competencia para consentir un tratamiento (*Test of competency to consent to treatment*) que en realidad establece lo que puede definirse como criterios para evaluar la capacidad de consentir (21,28). Posteriormente Loren Roth y Paul Appelbaum proponen que los criterios para consentir pueden clasificarse de acuerdo a las diversas capacidades del individuo: expresar una decisión, entender el problema, manejar racionalmente la información y apreciar correctamente la situación en la que se encuentra. Estos criterios se plasmaron posteriormente en el *MacArthur Competent Assessment Tool* (herramienta de evaluación de competencia), diseñado por Thomas Grisso y Paul S. Appelbaum (MacCAT – T) que es la prueba para evaluar la capacidad de los individuos tanto para consentir en lo que respecta a recibir un tratamiento como a participar en un protocolo de experimentación y también su capacidad para conocer la criminalidad de

un acto en la psiquiatría forense, cada uno con sus respectivas variantes (29).

A pesar que la psiquiatría goza de un adecuado prestigio y experiencia para evaluar la capacidad de consentir de los pacientes, no puede soslayarse el sustrato biológico de la misma, es decir el campo neurológico (21). Es razonable aceptar que un afásico severo no podrá comprender (o expresar) adecuadamente lo que intenta explicársele, más allá de su intencionalidad de consentir.

Reconocer que un paciente es totalmente autónomo no siempre resulta una tarea sencilla. Para complicar algo más la evaluación de los pacientes, autonomía y capacidad de consentir no son sinónimas. Varias teorías coinciden en que la capacidad de consentir ofrece cierta graduación, de acuerdo a la importancia de la situación a resolver (8,30) y podría considerarse como el lado operativo de la autonomía. La autonomía es un atributo de los sujetos que les permite actuar de manera libre, intencionada y con adecuado conocimiento de las situaciones y la capacidad es una aptitud para tomar decisiones que promuevan su bienestar (21,30).

El médico frente a la asistencia de un paciente adulto y consciente debe considerarlo, en principio, capaz de tomar sus propias decisiones. La incapacidad surgida de la evaluación debe consignarse en la historia clínica y, en la medida de lo posible, refrendarse por otro profesional con experiencia adecuada. Esta conducta es éticamente recomendable.

Apenas determinada la incapacidad del sujeto aparece la figura del representante. Cuando la capacidad de consentir ha sido subrogada por el paciente en ejercicio pleno de sus facultades, la decisión recae invariablemente en quien había sido seleccionado previamente. De no existir un documento de voluntades anticipadas que especifique el representante, la decisión para la legislación argentina recae

sucesivamente de acuerdo a lo establecido en el Art. 21 de la ley 24193 (a).

No es menor considerar que dos principios de la Bioética intervienen cuando el médico valora la capacidad de consentir de un paciente. Por un lado el principio de no maleficencia pues de las posibilidades del enfermo para involucrarse en la toma de decisiones, resultará que pueda elegir aquello que no lo dañe y por otro, en el principio de beneficencia a fin que la selección redunde en su propio beneficio (31). Resulta entonces claro que el profesional está éticamente obligado a observar la capacidad de consentir de los enfermos.

I.3 El paciente menor

Los jóvenes pueden ser geómetras y matemáticos y sabios en cosas de este tipo, y, en cambio, parece que no pueden ser prudentes.

La causa de ello es...porque hace falta tiempo para adquirirla.

Aristóteles

El paciente menor de edad y su competencia para consentir ofrecen algunas consideraciones preliminares sobre la madurez y capacidad del joven. Diego Gracia expresa que no debe confundirse madurez moral con capacidad moral para la toma de decisiones (32).

A partir de la década del 70 comienza a gestarse en los Estados Unidos la doctrina del menor maduro. Surge primero como un término en respuesta a las numerosas demandas de los padres a los médicos que prestaban atención sanitaria a los niños sin su consentimiento. La expresión, a modo general, designa a un adolescente legalmente menor

^a Ley Nacional de trasplante de órganos y material anatómico humano

pero con capacidad suficiente para involucrarse en la toma de decisiones médicas o de otra índole (33). El otro punto de interés es que mientras para el adulto la competencia para consentir se considera siempre presente, salvo que pueda demostrarse lo contrario, en el menor es necesario comprobar la capacidad de ejercer el principio de autonomía y en muchos casos esta enorme responsabilidad queda en manos de los médicos.

Es importante establecer que los menores, según su madurez, pueden brindar su *asentimiento*. Y resulta prudente solicitarlo. Por ser el asentimiento un acto imperfecto de aceptación, siempre deberá refrendarlo el consentimiento de los padres o tutores para proceder a la realización del procedimiento (32).

En sí mismo y tal como lo expresa Ignacio Maglio, el consentimiento informado es un acto lícito no negocial (jurisprudencia), es decir que depende del acuerdo de voluntades, tal como otros derechos civiles del individuo (34). Por lo tanto, no constituye un acto jurídico en sí mismo y en consecuencia, no requiere para su validez de las mismas capacidades necesarias para aquellos (34). Una situación donde cobra mayor importancia este hecho es en el caso del menor maduro, es decir a partir de los 14 años de edad.

Numerosos países contemplan los derechos de los niños a decidir sobre su propio cuerpo. La legislación española es bien clara con relación a la madurez del menor y su competencia para decidir por su propia salud. Tanto es así que en caso de discrepancia entre la decisión de un menor con capacidad de consentir con la de sus padres o representante legal, prevalecerá la voluntad del menor. Es a partir de los 12 años de edad que el menor puede ir ejerciendo de manera paulatina sus derechos, siempre y cuando se encuentre capacitado para ello (35).

El Código Civil argentino señala en su Art. 59 que *los incapaces son promiscuamente* ^(b) *representados por el Ministerio Pupilar*, significando que en caso de discrepancia de la opinión del menor con sus padres o tutores, puede recurrirse a la justicia para su defensa. La expresión es clara con relación a las decisiones en salud cuando el menor desea recibir una intervención adecuada y sus padres o tutores se oponen.

Por su parte, la Convención sobre los Derechos del Niño señala en el inciso 2 del Art. 12: *Los Estados Partes garantizarán al niño que esté en condiciones de formarse un juicio propio el derecho de expresar su opinión libremente en todos los asuntos que afectan al niño, teniéndose debidamente en cuenta las opiniones del niño, en función de la edad y madurez del niño* ^(c). En Argentina se refrendaron los dichos de aquella a través de la ley sobre Aprobación de la Convención de los Derechos del Niño (Nº 23.849). Por tal motivo el menor no puede ser objeto del ejercicio abusivo de la patria potestad por parte de los progenitores (34).

En la Argentina puede señalarse como ejemplo de respeto al consentimiento de adolescentes a la Ley Nacional de Sangre (Ley 22.990) que fija en 16 años la edad mínima para donar sangre mientras que para la donación de médula no se instituye un mínimo de edad, bastando con el consentimiento conjunto del representante y del menor.

La provincia de Córdoba (Argentina) establece en la ley sobre Promoción y Protección de los Derechos de niñas, niños y adolescentes (Nº 9944) el derecho a la libertad y señala que este derecho comprende: *“Tener sus propias ideas, creencias o culto religioso según el desarrollo de sus facultades y con las limitaciones y garantías consagradas por el ordenamiento jurídico, y ejercerlo bajo la orientación de sus padres,*

^b Promiscuamente (adv.) con promiscuidad, sin distinción. Diccionario de la lengua española – 22ª edición. Disponible en <http://www.rae.es/drae/>.

^c Convención sobre los Derechos del Niño. Disponible en <http://www2.ohchr.org/spanish/law/crc.htm>.

tutores, representantes legales o encargados de los mismos”. La ley 26061 (homóloga a la anterior pero de carácter nacional) en su Art. 14 establece en el inciso a: “El acceso a servicios de salud, respetando las pautas familiares y culturales reconocidas por la familia y la comunidad a la que pertenecen siempre que no constituyan peligro para su vida e integridad. La ley nacional 26529 y su modificatoria en torno a los Derechos del paciente, consagra el valor del texto antes señalado cuando expresa sobre autonomía de la voluntad: ... Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a intervenir en los términos de la ley N° 26.061 a los fines de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud”.

La jurista argentina Aída Kemelmajer de Carlucci expresa que “*está fuera de discusión que el niño es y debe ser, civilmente, un incapaz de hecho. Esta situación, prevista en todos los códigos a los que nos une una tradición jurídica común, está fundada en una situación de vulnerabilidad y dependencia. Consecuentemente, tratándose de actos sobre su propio cuerpo, la regla impone no separar a los niños de sus padres o guardadores pues frecuentemente, sobre todo los niños de muy escasa edad, no pueden comprender los alcances de la ayuda médica, sea ésta de carácter preventiva o terapéutica*” (36). Sin embargo, también opina que “*la autoridad parental decrece en un proceso dinámico al mismo tiempo que el niño crece y logra autonomía personal. Hoy se afirma, incluso, que el derecho del menor a su propia determinación (self determination) es parte de los derechos de su personalidad*” (36).

La madurez moral no es una situación a la que se acceda de manera estanca y a través del calendario, sino que expresa la forma en la cual los sujetos adquieren progresivamente la competencia para decidir sobre sus propios intereses. Esta condición de madurez puede depender más de condiciones personales que de su edad. Cuando el niño es capaz

de sustentar derechos y asumir responsabilidades puede, por cierto, decidir sobre los mejores intereses para su propia vida.

I.4 La veracidad en la relación médico paciente

El mayor tormento de Ivan Ilich era la mentira, la mentira que por algún motivo todos aceptaban, según la cual él no estaba muriéndose, sino que sólo estaba enfermo.

León Tolstoi

El derecho del paciente a ser informado debiera ser quizá el eje rector de la relación entre ambos. Sin embargo, no siempre se la interpreta como el eje del respeto al principio de autonomía y se sojuzga en virtud de un exceso del principio de beneficencia que se convierte en puro paternalismo médico. La conducta de transmitir la verdad al paciente no es una cuestión de bondad sino de derecho (37). Sin embargo, resulta complejo informar de manera clara y objetiva la realidad de su enfermedad al paciente porque la propia materia de la ciencia médica no lo es. Es razonable responder a cada paciente de *“todo lo que quiera saber y sólo de lo que quiera saber sobre su verdad”* (38).

Pareciera que algunos factores inherentes al paciente pueden modificar el deseo de conocer la verdad y en especial cuando la patología de la cual hablar implica la finitud de la vida. De acuerdo a algunas publicaciones al respecto los pacientes de mayor edad muestran una tendencia menor a saber la verdad sobre su diagnóstico, tal como si el envejecimiento, al volver al individuo más vulnerable a la enfermedad y la muerte, disminuyera su deseo de conocer la realidad de su padecimiento (39). Una observación relacionada es que mayoritariamente, con

independencia de la edad, los pacientes y los familiares eligen en más del 50% al médico como la persona indicada para transmitir el diagnóstico (39). Pero los más jóvenes prefieren al especialista y los mayores al médico de familia para la comunicación. En los países anglosajones de Europa hay una mayor tendencia a conocer la verdad por parte de los pacientes, familiares o a decir la verdad por parte de los médicos que en otros países de ese mismo continente (39).

Pero, tal como lo expresa Maglio “*no hay justificación para la mentira en la relación médico paciente*” (40). Sin embargo, la verdad debe ser expresada en forma escalonada, evitando por un lado el “*encarnizamiento informativo*” y por el otro la “*conspiración del silencio*” que virtuosamente ha delineado León Tolstoi en “*La muerte de Iván Ilich*” (38,40).

Cuando de informar “*malas noticias*” se trata, el problema de la comunicación se vuelve más ríspido. Se entiende por “malas noticias” aquella información que cambiará de manera drástica las expectativas del paciente e inseparablemente las de quienes lo rodean (41). A pesar de lo cotidiano del tema, se identifican significativas falencias al momento de comunicar la verdad a los pacientes y es porque los profesionales de la salud no reciben capacitación adecuada para una tarea tan compleja (41,42). Un diálogo adecuado puede ayudar al paciente a enfrentar mejor la situación, así como la transmisión incorrecta logra generar efectos devastadores provocando en el enfermo sensaciones de abandono y frustración, destruyendo muchas veces la relación con el médico (41,43).

Comunicar malas noticias es una tarea estresante para el médico. Además de la pobre capacitación recibida ya mencionada, la idea de enfrentar la propia muerte, la sensación de frustración y culpa, el correlato de reconocer la falibilidad de la Medicina, pueden ser algunos de los escollos que se añaden al momento de comunicar la verdad.

I.5 El secreto médico

“Todo lo que yo vea u oiga en mi trato con los hombres ya sea en el ejercicio de mi ministerio o fuera de él y que no deba ser revelado, lo mantendré secreto, mirándolo como una cosa sagrada”.

Hipócrates

El secreto médico ha sido comparado muchas veces con el secreto de confesión y a la profesión médica con el sacerdocio. Ni tanto ni tan poco. Es por ello que el Nuevo Catecismo de la Iglesia Católica prefiere reservar el término de sigilo sacramental para la información que se recibe durante el sacramento de la reconciliación ^(d) señalando que es inviolable, es decir que no puede ser revelado por causa alguna ^(e). Lo diferencia del secreto profesional que presenta excepciones a la no revelación.

Puede entenderse el secreto médico como el compromiso de confidencialidad que se establece entre los partícipes del acto profesional y está resguardado legalmente ^(f) y tipificado por el Art.156 del Código Penal Argentino: *"teniendo noticias, por razones de... su profesión de un secreto, lo revela sin justa causa"*. La confidencialidad es una de las tres reglas morales que regulan el accionar del galeno en el contexto de la relación médico paciente. Fundamentan el secreto profesional y éste reconoce su origen en el Juramento Hipocrático (24).

El secreto profesional es *"la obligación, deber y derecho que tiene todo profesional de guardar silencio sobre las cuestiones de cuya*

^d Catecismo de la Iglesia Católica (2490)

^e Código de derecho Canónico (983)

^f Ley 26529 y modificatoria Derechos del paciente. Argentina

existencia toma conocimiento en virtud o en ocasión del ejercicio lícito de su profesión” (44).

En Argentina tiene la característica de relativo y compartido pues autoriza a divulgar la información médica con otros colegas, siempre y cuando se busque la mejor atención del paciente y compromete a los profesionales involucrados a guardar en reserva lo conocido de esta manera (44).

Se justifica así, el derecho de los pacientes a que sus datos sensibles no sean divulgados por ningún integrante del equipo de salud (45). La legislación argentina protege, al igual que en otros países, y en concordancia con la Declaración de Helsinki, este derecho. Cuando se lo observa desde la esfera sanitaria el secreto profesional es un deber, asumido de manera compartida o derivada, por todos los profesionales que participan en la atención médica de la persona. Ni la muerte del paciente exime de ese deber (22).

El Código de Ética de la COMRA establece en el capítulo VI todo lo referente al secreto profesional del médico. Señala que es *“un deber que nace de la esencia misma de la profesión”* y sólo podrá revelarlo cuando las autoridades judicial o sanitaria lo reclamen. Asimismo, establece entre otras más, las excepciones al secreto médico tales como la instancia en que actuare como perito, la obligación de denunciar las enfermedades infectocontagiosas a la autoridad sanitaria y en su propia defensa en el supuesto que fuere demandado bajo la imputación de un daño mediado por el ejercicio de su profesión.

I.6 Objeción de conciencia

"En asuntos de conciencia, la ley de la mayoría no tiene lugar".

Mahatma Ghandi

Los médicos en general han dado importancia a sus propios valores a la hora de ejercer la profesión. La relación entre el médico y el paciente, nutrida en el paternalismo del primero, demuestra claramente la convicción del galeno sobre su capacidad para decidir lo que más conviene al enfermo. Este poder se ha sustentado en el saber que detenta el profesional y pone al servicio de los demás. Pero esta relación asimétrica se ha modificado de manera categórica haciendo ineludible involucrar al paciente (o a su representante) en la toma de decisiones.

Sin embargo, la autonomía médica ha encontrado el resquicio por donde mostrar su influencia y es a través de la objeción de conciencia. La misma confiere a los médicos la potestad de no realizar determinadas prácticas o indicaciones sino se ajustan a su escala de valores.

Puede acordarse o no con Savulescu quien señala que *“la persona que no puede brindar un cuidado beneficioso, eficiente, deseado por el paciente, ajustado a los recursos disponibles y legalmente permitido no debería ser doctor”* (46). El autor se expresa en estos duros términos cuando se invoca la objeción de conciencia en los servicios públicos de salud, donde esta conducta puede traer aparejada la inequidad en el acceso a determinadas prácticas particularmente para los individuos menos preparados para reclamar sus derechos y por ende, más vulnerables. Si el médico no antepone su bienestar físico en el ejercicio de la profesión ¿por qué ha de anteponer principios religiosos? (46). Aunque bien deben agregarse cuestiones de variada índole. Si no, pareciera que sólo desde el evangelio o el credo existe convicción para no efectuar determinadas prácticas.

El mismo autor señala que en el ejercicio privado, en cambio, los médicos pueden ofrecer sus servicios en función de sus valores, sin por ello obviar la completa mención de las alternativas posibles aunque no fueren provistas por él (46).

Los médicos se encuentran obligados a curar las heridas de un asesino o a componer los huesos de la mano a quien se la rompió castigando a su esposa (47). Esto aporta una nueva arista a la objeción de conciencia. Quienes se amparan en la objeción de conciencia aducen que no puede anteponerse para restringir el acceso a las demandas de salud, pero el control de la natalidad, la interrupción de embarazos, productos de violaciones o la fecundación in vitro no son prácticas que atañen a la salud, sino que se ajustan a decisiones personales en concordancia con estilos de vida (47). Es claro entonces que el estilo de vida que el paciente desea para sí, puede no coincidir con el del galeno y allí surge la figura de la objeción de conciencia, ya no frente a la enfermedad, sino a circunstancias relacionadas a las decisiones personalísimas de los individuos. Y ciertamente, al médico y al paciente les cabe la consideración como personas.

La objeción de conciencia como derecho del profesional encuentra su límite en el derecho del paciente a conocer toda la gama de servicios disponibles y poder acceder a los mismos. Es por ello que quienes anteponen su propia escala de valores ante determinadas prácticas médicas, deben asesorar a sus enfermos para que puedan actuar de acuerdo a su propia conciencia tan fácilmente como puede hacerlo el profesional (46,47).

I.7 Decisiones al final de la vida

Los derechos a la vida y a la dignidad personal no requieren ser invocados ni justificados. El reconocimiento constitucional de los mismos, impone a los responsables del cuidado de la salud de todo

paciente, aún cuando éste se halle impedido de manifestar su voluntad, la obligación de garantizar ambos derechos en la mayor medida posible.

Neuquén. Jurisprudencia argentina 2006.

La muerte señala la finitud de la existencia humana. Las diferentes culturas, las creencias religiosas y la historia personal del individuo imponen su matiz especial al pensar tanto en la propia muerte como en la de los otros. Frente a esta diversidad de matices se agrega el concepto de “muerte digna” al que se aboca de manera especial la bioética.

¿Qué significa morir dignamente? La Declaración Universal de los Derechos Humanos ^(g) señala la dignidad del ser como un bien supremo a proteger. Pero, tal como decía Ortega y Gasset *“El significado de una palabra es como el pequeño abismo de la palabra”* y por ello definir dignidad humana no es tarea fácil.

El origen de la dignidad humana se remonta posiblemente a las teorías de Platón y Aristóteles quienes consideraban que la dignidad del ser humano deviene por estar dotado de logos o razón. Los aportes de diferentes autores a la historia del concepto han enriquecido y complejizado el término, pues nadie se atrevería a negar la dignidad humana de los sujetos que carecen de razón (48, 49).

Es dable compartir la opinión de Armando Andruet (h) cuando expresa que la noción de dignidad intrínseca de todo ser humano es uno de los pilares fundamentales de la doctrina del ius cogens ^(h) y ha sido el

^g Declaración Universal de los Derechos Humanos. Art. 1: Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros

^h Se entiende por ius cogens a una serie de normas imperativas de derecho internacional. Una norma imperativa de derecho internacional es una norma aceptada y reconocida por la comunidad internacional de Estados en su conjunto como norma que no admite acuerdo en contrario. Art. 53 – Convención de Viena sobre Derecho de los Tratados de 1969.

motor de innumerables documentos vinculados con los derechos humanos (50).

La dignidad se podría considerar “*ontológicamente transcendental*” y susceptible de ser conocida por todos, atribuyéndole una serie de propiedades que en la práctica se convierten en defensa, exigencia y respeto de la misma (50).

El mismo Andruet concluye que la dignidad como concepto ético, “*se vincula en lo inmediato con el mismo obrar del hombre, en lo mediato con la consolidación del ius cogens y en sentido remoto con la misma comprensión filosófica de la auténtica antropología humana*” (50).

Con más o menos palabras existe consenso en que morir dignamente es acceder hasta el final de la vida a cuidados paliativos de calidad y recibir todo el alivio y consuelo humanamente posibles.

El progreso inesperado de la ciencia y la tecnología médica han generado una serie de controversias con relación al final de la vida. La supervivencia de pacientes en condiciones antes impensadas, trajo beneficios y desventajas. Justamente, la enormidad de recursos muchas veces sólo demora la muerte y produce, además de gastos desproporcionados al fin que se persigue, la despersonalización del individuo y la violación a su autodeterminación (principio de autonomía).

Ayudar al enfermo terminal a morir con dignidad no equivale ni a prolongar su existencia biológica ni a propiciar su muerte (48). Tolstoi en “*La muerte de Iván Ilich*” ha asociado claramente la dignidad del final de la vida con el acompañamiento y es justamente en la persona de *Gerasim, el ayudante del mayordomo*, donde Iván Ilich encuentra alivio.

Elisabeth Kübler Ross, médica psiquiatra, es quien ha cambiado la idea de la muerte en el mundo occidental. Su primer libro “*Sobre la muerte y los moribundos*”, publicado en 1969, narra su experiencia con

los moribundos y es un llamado a la humanización del final de la vida. Otorga una importancia categórica a quienes acompañan a los enfermos terminales y expresa convencida que *“La gente no tiene miedo a morir, la gente tiene miedo a morir en una unidad de cuidados intensivos, alejados del alimento espiritual que da una mano amorosa, separados de la posibilidad de experimentar las cosas que hacen que la vida valga la pena”* (51). Describió asimismo, las etapas por las cuales pasa el moribundo hasta el final: negación, ira, negociación, depresión y aceptación. Su mayor legado es, sin lugar a dudas, haber incorporado a la práctica de la Medicina el cuidado de los moribundos (51).

Cada vez que el concepto de muerte digna se sitúa en el eje del debate bioético, surge de manera acuciante la idea de la eutanasia. El diccionario de la Real Academia Española expresa la acepción médica de la palabra *“eutanasia”* como la *“muerte sin sufrimientos físicos”*. En términos generales puede interpretarse como “buena muerte”. Pero es por mucho un concepto más amplio, casi podría decirse que se encuadra en una doctrina de pensamiento.

Simón Lorda y col. refieren cinco “escenarios” en relación a la toma de decisiones al final de la vida: eutanasia y suicidio asistido, rechazo de tratamiento, limitación del esfuerzo terapéutico, sedación paliativa y suspensión de atención médica por fallecimiento (52).

Se entiende por **eutanasia** propiciar la muerte de un enfermo terminal para que la misma se produzca sin sufrimiento. Puede provocarse la muerte directamente (eutanasia activa, directa o positiva) o de manera indirecta suspendiendo todo tratamiento, incluso hidratación y nutrientes, que mantengan con vida al paciente eutanasia pasiva, indirecta o inactiva). Debería agregarse a ello que sea solicitada por el paciente lúcido y capaz de manera reiterada, frente a una situación de *“sufrimiento total”* que no ha podido ser calmado o atenuado por medio alguno aplicado de manera óptima y además, llevada a cabo por un

profesional médico que haya establecido una relación clínica significativa con su paciente. Cuando el galeno facilita al paciente los medios para que termine con su vida puede hablarse de **suicidio asistido** (52). De acuerdo a estos componentes la eutanasia involuntaria no debería mencionarse como tal sino como homicidio (52).

La **limitación del esfuerzo terapéutico** se aplica a aquellas circunstancias donde se decide retirar (o no iniciar) determinadas prácticas terapéuticas que sólo conllevarían a la prolongación de la vida biológica de un sujeto cuya muerte se producirá de todas formas a causa de la enfermedad que padece y en un tiempo perentorio (ver acápite I.8 – La limitación al esfuerzo terapéutico).

Como contrapartida a la limitación del esfuerzo terapéutico donde la decisión recae de manera casi exclusiva sobre el profesional, el **rechazo de tratamiento o denegación de consentimiento** no es más que la expresión de la autonomía del paciente quien asume toda la responsabilidad de decidir sobre su propia vida (52). Esta actitud se entiende tanto en la negativa a recibir soporte vital como a rechazar cualquier otra práctica por el ejercicio del libre albedrío. En la Argentina uno de los casos que sentó jurisprudencia al respecto fue Marcelo Bahamondez, un sujeto que pertenecía a la confesión religiosa de los Testigos de Jehová, y que inició acción legal por haber recibido una transfusión sanguínea contra su voluntad (53).

El accionar del médico no ha de ser distinto si la elección del paciente afecta su propia vida o sólo prolonga su restablecimiento. Su competencia se limita a informar claramente las consecuencias de las decisiones y a reconocer que la capacidad de consentir de su paciente se encuentra intacta. En esta condición tampoco será el médico quien deba dictaminar sino que acatará la decisión de aquél en quien el consentimiento se encuentre subrogado legalmente o por cercanía con el

paciente. Es aquí donde la ley de voluntades anticipadas adquiere verdadero valor práctico.

La **sedación paliativa** consiste en administrar al individuo en etapa terminal una combinación de fármacos que permitan reducir el nivel de conciencia al punto que no se perciba el dolor o el sufrimiento o el mismo se vuelva soportable. Debe mediar para tal conducta el consentimiento del paciente o de su representante en caso de incapacidad. Desde el punto de vista ético no existiría inconveniente salvo que es conocido que este tipo de medicación de alguna manera puede acortar la vida ya demasiado frágil del sujeto, por ejemplo a través de la depresión respiratoria. Se ha definido entonces, la cuestión del denominado doble efecto para dar un marco moral a esta circunstancia. No se busca como objetivo la depresión respiratoria sino que se produce como efecto colateral de la paliación del dolor o el sufrimiento, tal como otros tratamientos para otras enfermedades, pueden presentar efectos secundarios, muchas veces no exentos de morbi mortalidad, y que no son los inicialmente buscados (52).

Por último, la **suspensión de atención médica** por fallecimiento no aplica más que a esclarecer la situación de los pacientes con muerte cerebral. No corresponde controversias éticas ni jurídicas al respecto porque la muerte del paciente ya acaeció y sólo será necesario su certificación debida para evitar los cuidados sobre un enfermo ya muerto. Se justificarán solamente con el único fin de propender a la donación de órganos en caso de que la misma fuera posible (52).

Una confusa lista de palabras con igual dehiscencia han surgido alrededor del vocablo eutanasia, inclusive algunas de esos vocablos incorrectamente asociados al mismo significado. Cabe señalar que el único de estos neologismos aceptados por el diccionario de la lengua

española es **distanasia**. Otro de estas palabras nuevas es ortotanasia. Posiblemente son las dos únicas que vale la pena mencionar pues expresan actitudes opuestas frente al paciente terminal. La primera ocurre cuando se prolonga indebidamente la agonía de un paciente recurriendo a medidas o procedimientos desproporcionados. Es sinónimo de encarnizamiento o ensañamiento terapéutico (54). La segunda en cambio, propende a que la muerte del paciente ocurra naturalmente y de la mejor manera posible prescindiendo de intervenciones inútiles. Puede entenderse también como “limitación del esfuerzo terapéutico” (52,54).

El primer país del mundo en iniciar el debate sobre la muerte digna fue Holanda en 1969 para concluir con la promulgación de una ley en 2001 que permite la petición de terminación de la vida y el suicidio asistido. Bélgica por su parte, en el año 2002 fue el primer estado católico que logró oponerse a la Iglesia y sancionar una ley similar. Las condiciones bajo las cuales se permite acceder a la petición del paciente terminal están claramente establecidas y los médicos asimismo, pueden recurrir a la objeción de conciencia (55). La Argentina se sumó a esos países siendo el segundo de América latina en regular el fin de la vida. El otro país es Colombia que en 1997 despenalizó el “homicidio por piedad” eximiendo de responsabilidad a los médicos que lo asistan siempre y cuando el enfermo terminal haya expresado claramente su voluntad al respecto (55).

La muerte acude a la cita para poner fin a la relación entre pacientes y galenos, ora con la partida de unos, ora con la partida de otros. Tal como el sol también brilla sobre justos e injustos. Sin embargo, frente a aquélla certeza quedan la prudencia en las decisiones al final de la vida, el respeto por la autonomía del sujeto y la objeción de conciencia, aunque esta última lleva implícito el permitir obrar a quien pueda compartir el sufrimiento del otro de una manera diferente

I.8 La limitación al esfuerzo terapéutico

Los cuidados intensivos nacieron cuando comenzó a ser posible la sustitución de funciones vitales, y por tanto el control de algunos de los procesos que solían conducir a la muerte...Fue en los años 60 cuando estas técnicas de soporte vital comenzaron a tener alguna relevancia sanitaria, y cuando el médico empezó a tener, por primera vez en la historia, un control efectivo sobre la muerte.

Diego Gracia.

Cuando los médicos se empeñan en extender la vida aún más allá de las posibilidades fisiológicas y del deseo de sus pacientes (o los parientes para el individuo incapaz de consentir), aparece lo que se ha dado en llamar el encarnizamiento terapéutico (56). Este encarnizamiento terapéutico ofrece dos aspectos a considerar. Por un lado, perjudica al propio paciente dilatando su agonía y cercenando su posibilidad de morir con dignidad, prolongando un sufrimiento vano. Por el otro, frente a la escasez o finitud de recursos que se destinan al área de salud, el uso irracional de los mismos va en contra del principio de justicia privando a la sociedad en su conjunto a acceder a cuidados básicos (56,57).

Se entiende por limitación del esfuerzo terapéutico el no iniciar o suprimir, en el caso que ya se hubieran instaurado, aquellas intervenciones médicas cuya única finalidad será demorar la muerte del paciente o prolongar su supervivencia en condiciones indignas por un corto período. La reflexión bioética, tal como lo expresa Albert Royés, debe pasar por el respeto a la autonomía del paciente (58). Puede compartirse también que no iniciar o retirar las medidas de soporte vital se

sitúan en el mismo “plano moral”, aunque la connotación de suspender el soporte resulte más impactante que no comenzar (58).

Es posible que el primer conflicto frente a la limitación del esfuerzo terapéutico sea responder a la pregunta ¿cuáles intervenciones no se realizarán o se suspenderán en el caso de haberse iniciado? Por ello es necesario definir que no se aplicarán recursos que resulten inútiles o fútiles. Se entiende por intervenciones de este tipo a *“aquel acto médico cuya aplicación a un enfermo está desaconsejada porque es clínicamente ineficaz, no mejora el pronóstico, los síntomas o las enfermedades intercurrentes, o porque previsiblemente produce perjuicios personales, familiares, económicos o sociales, desproporcionados al beneficio esperado”* (59).

Otra de las aristas se relaciona al grado de autonomía que conserva el paciente. Para el caso de pacientes totalmente autónomos la decisión de limitar el esfuerzo terapéutico se asocia al consenso de la propia persona. El conflicto surge para con los individuos incapaces de tomar decisiones, porque perdieron esta capacidad por la propia enfermedad y ya no la recuperarán o porque nunca llegaron a tenerla, tal el caso de los menores. Para el paciente que tuvo capacidad de consentir y la misma se ha suprimido por efecto del proceso mórbido, la declaración de voluntades anticipadas que pudiera haber suscripto se impone ante cualquier otra opinión (ver acápite siguiente). Con el escaso tiempo de sanción en Argentina de leyes que amporen estas decisiones, en muchas provincias no sancionadas aún al momento de la realización de la encuesta, es de esperar que la mayoría de las veces no se disponga de un documento que informe sobre las directivas del paciente para el final de su vida. En tal caso serán los familiares, de acuerdo al grado de prioridad establecido legalmente, en quienes recaiga la decisión, salvo que el paciente hubiese subrogado sus decisiones en alguien en

particular. Es aquí donde compete al profesional médico la explicación adecuada y ajustada a verdad sobre la condición del enfermo a fin de propender a una decisión óptima. Si el paciente no ha subrogado su capacidad de consentir y no existe acuerdo entre los familiares, será mejor mantener el soporte vital hasta que su inutilidad se torne evidente y genere el consenso entre los parientes (58).

Frente a la incertidumbre que representa limitar el esfuerzo terapéutico en un paciente particular, la reflexión y análisis colectivo permitirá tomar decisiones racionales (11). Valgan entonces algunas consideraciones sobre las que varios autores presentan acuerdo (57,58):

- Ajustar la decisión a la mejor evidencia científica.
- Establecer una conducta luego de la deliberación y el consenso; si éste no se estableciere, posponer la decisión hasta alcanzarlo.
- Si el paciente ha suscripto un documento de voluntades anticipadas obrar de manera coherente respetando la autonomía del sujeto.
- Explicar claramente a los familiares la situación del sujeto y justificar la futilidad de las opciones terapéuticas. Obtener consenso de los familiares si el consentimiento no hubiera sido legalmente subrogado.
- No ingresar a unidad de cuidados intensivos un paciente con criterios de limitación del esfuerzo terapéutico.

Tomar la decisión de limitar el esfuerzo terapéutico conlleva el deber ético de continuar la asistencia paliativa del sujeto a fin de conseguir el efecto deseado: dignificar la muerte. Es decir, que ésta encuentre al enfermo al cuidado médico, con el sufrimiento atenuado y rodeado de todos los consuelos humanos posibles.

I.9 Ley de voluntades anticipadas

Las acciones privadas de los hombres que de ningún modo ofendan al orden y a la moral pública están sólo reservadas a Dios, y exentas de la autoridad de los magistrados. Ningún habitante de la Nación será obligado a hacer lo que no manda la ley, ni privado de lo que ella no prohíbe".

Constitución Argentina

Se entiende por voluntades anticipadas a una serie de directrices que el individuo, en pleno uso de sus facultades, plasma por escrito para que sean consideradas al momento de tomar decisiones al final de su vida, cuando eventualmente ya no pueda hacerlo de manera directa. Es claro que la persona es la dueña final de su voluntad y podrá modificar lo escrito tantas veces como lo desee mientras tenga conciencia para hacerlo. Por ello debe entenderse que la ley ampara la decisión previa del sujeto para cuando ya no pueda decidir. Puede considerarse que la práctica comienza en los Estados Unidos con Louis Kutner, un abogado de Chicago que elabora en 1967 un documento capaz de contener los deseos del paciente particular para no continuar recibiendo tratamiento frente a una enfermedad terminal (60). Pero es a partir de la sanción de la Ley de autodeterminación del paciente cuando se desarrolla su aplicación (61). Desde entonces ha existido una creciente tendencia en todos los países del orbe a crear instrumentos legales que defiendan la autonomía del paciente cuando ya no pueda decidir de manera libre y voluntaria. Se intenta no denominar a estas instrucciones como testamento vital (*living wills*), pues la palabra evoca, de acuerdo al diccionario de la Real Academia Española la "*declaración que de su última voluntad hace alguien, disponiendo de bienes y de asuntos que le atañen para después de su muerte*". Se entiende particularmente que no será después de la

muerte del sujeto cuando deberá concretarse su aplicación sino justamente antes que llegue la misma. Por ello las denominaciones como directivas o directrices anticipadas para el cuidado médico o voluntades anticipadas son términos que expresan mejor el momento de su aplicación.

La maquinaria legal para proveer en la Argentina de una ley capaz de defender la autonomía del paciente terminal, comenzó a andar con el proyecto presentado en la Cámara de Diputados de la Nación el 10 de marzo de 2004 ⁽ⁱ⁾ bajo la denominación de Ley de declaración voluntad vital anticipada. Una de las primeras provincias donde se dictó una norma que de alguna manera regulaba las decisiones del sujeto con relación al final de su vida, fue la provincia de Santa fe el 23 de julio de 2009. Sin embargo, pasarían aún tres años de larga vigilia hasta que encontrara eco en todo el territorio de la Argentina. El 09 de mayo de 2012 el cuerpo legislativo nacional sancionó la ley sobre Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado (“Muerte digna” – N° 26.742) modificatoria de la vigente hasta el momento y desde el año 2009, Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud (N° 26.529).

En virtud del carácter autónomo de las provincias argentinas, la legislatura de la provincia de Córdoba y en consonancia con las disposiciones nacionales, promulgó unos días después, la ley provincial sobre Declaración de voluntades anticipadas (N° 10.058). La misma consta de 29 artículos y un anexo único, el “Formulario presentación declaración de voluntad anticipada”. Esta ley provincial contempla algunas diferencias con la nacional que tienden a mejorar la factibilidad de aplicación y algunos aspectos inherentes a la protección del sujeto por

ⁱ[http://www1.hcdn.gov.ar/dependencias/dsecretaria/Periodo2004/PDF2004/TP2004/04/01marzo2004/tp008/0557-D-04.pdf](http://www1.hcdn.gov.ar/dependencias/dsecretaria/Periodo2004/PDF2004/TP2004/01marzo2004/tp008/0557-D-04.pdf)

nacer, tal como *“la suspensión temporaria de la declaración mientras dure el tiempo de la gestación en el supuesto que la declarante quedare embarazada luego de haber suscripto el documento”*. En artículo alguno se establece de manera solapada o directa la posibilidad de la eutanasia, la muerte por piedad o el acortamiento intencional de la vida (¹). La norma local prohíbe expresamente la suspensión de la hidratación o la nutrición (concordando con el “no acortamiento” de la vida ya mencionado) que en cambio, sí contempla la ley nacional. La regulación también indica que en los aspectos que la disposición provincial no se haya expedido, primará la ley nacional de muerte digna. Asimismo, podrá evitarse la participación de un notario pudiendo suscribirse frente a un juez de paz o autoridad policial. La misma ley provincial establece la creación de un Registro Único de Voluntades Anticipadas dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia cuya función será inscribir y custodiar las declaraciones suscriptas por los ciudadanos. El anexo que contiene con el modelo de formulario que se utiliza para la declaración deberá estar disponible en la página electrónica del mencionado ministerio y en todos los hospitales de la provincia.

I.10 El deber de no abandonar al paciente

Tú me importas por ser tú, importas hasta el último momento de tu vida y haremos todo lo que esté a nuestro alcance, no sólo para ayudarte a morir en paz, sino también para que, mientras vivas, lo hagas con dignidad”.

Cicely Saunders

¹<http://www.lavoz.com.ar/ciudadanos/legislatura-sanciono-ley-declaracion-voluntades-anticipadas>

El punto a reflexionar no se refiere a la figura legal del “abandono de persona”, sino a aquellas situaciones en las cuales el galeno no desea continuar la atención, o en alguna circunstancia, no iniciar la misma. Pueden surgir, entre otras, frente al herido en la vía pública (sin que el médico haya sido responsable del accidente), ante el paciente que no se apegaba a las indicaciones del médico, en el supuesto que ingrese a cuidados paliativos o por conflictos con los familiares.

El deber de no abandonar al paciente se concibe, las más de las veces, como natural en el ejercicio de la práctica médica. Sin embargo, su contrapartida, cesar su atención aparece, en algunas oportunidades, disimulado en las excusas de la inexperiencia para atender al paciente o de la necesidad de trabajar en equipo. Estos descargos, aunque válidos o reales, no alcanzan para reducir nuestra responsabilidad de auxilio y / o cuidado.

El Código de Ética de la Confederación Médica de Argentina (COMRA) establece en su Art. 8 las condiciones en las cuales el médico no puede eximirse de atender al paciente. Estos supuestos se dan cuando no existe otro profesional en la localidad en la cual se ejerce, es otro colega quien requiere su colaboración profesional y tampoco hay otro capacitado para hacerlo en las proximidades o frente a la urgencia o peligro inmediato para la vida del enfermo (^k).

El deber de proseguir la atención personalizada del paciente debiera subsistir a pesar de las situaciones conflictivas que puedan aparecer en la evolución del enfermo; aunque sólo puedan brindarse cuidados paliativos (62).

^k Código de Ética. Confederación Médica de la República Argentina. Disponible en <http://www.comra.org.ar>.

La relación entre médico y paciente se despliega en un abanico de posibilidades donde la vulnerabilidad de ambos actores domina la escena. El paciente es vulnerable por su enfermedad pero el médico no lo es menos, por la incertidumbre de sus decisiones (62). El mismo autor señala que dicha condición genera conductas de desapego que tienden a aprenderse con rapidez en los pasillos de las instituciones de salud y pueden traducirse en expresiones como “*caso interesante*”, “*el paciente que te ha tocado*”, “*el caso de la cama tal*”. No expresan más que un mecanismo de defensa frente al dolor y el sufrimiento cotidianos que enfrenta el médico (62).

Finalmente, frente a la necesidad de auxilio en la vía pública el Código Penal Argentino regula el accionar de cualquier persona a través de sendos artículos. El Art. 106 evoca a la figura del abandono de persona (independiente de la praxis médica) cuando quien toma esta conducta fuere responsable de cuidarlo en su estado de minusvalía o hubiere causado dicho estado. Por su parte, el Art. 108 establece sanciones para quien *omitiere auxiliar a una persona herida, no siendo el responsable de tal condición, cuando pudiese hacerlo sin riesgo personal, o no diere aviso inmediatamente a la autoridad.*

I.11 El costo en salud y el uso racional de los recursos

Uno de los principios más venerados de la ética médica ha sido
que los médicos deben estar exclusivamente
dedicados a los mejores intereses de sus pacientes.

Robert Troug.

Nada más ideal en el ejercicio de la profesión que lo que Norman Levinsky expresa: *"Los médicos están obligados a hacer todo lo que creen que puede beneficiar a cada paciente sin tener en cuenta los costos u otras consideraciones sociales. En el cuidado de un paciente individual, el médico debe actuar únicamente como defensor del paciente, aún en contra de los aparentes intereses de la sociedad en su conjunto, si fuera necesario"* (63). El pensamiento resulta falaz con sólo observar que el médico ni siquiera puede, en muchos casos, elegir cuanto tiempo destinar a una consulta pues ningún médico puede pasar una ilimitada cantidad de tiempo con cualquier paciente (17). Sin embargo, tanto galenos como sociedad reconocen el valor de ofrecer acceso equitativo a la atención profesional y acorde a la necesidad del paciente individual (17).

Los países más avanzados en la racionalización de los recursos aún no han podido definir una adecuada política al respecto y se ha demostrado que gastar más no siempre implica los mejores resultados en prevención. Tal es el caso de países como los Estados Unidos que reconoce la relación costo – ineficacia de determinadas pruebas de cribado, tal como las recomendaciones habituales para la mamografía en la detección del cáncer de mama o una radiografía de tórax en un paciente con neumonía inmediatamente antes del alta. Sin embargo, la falta de un debate óptimo implica mantener la indicación a un enfermo en particular sin importar los costos (17,64).

Justamente la selección de pruebas diagnósticas apegada a ciertos principios es una de las medidas eficaces para reducir el gasto en salud. Pueden señalarse tres principales (65).

- Las pruebas diagnósticas cuyos resultados no cambiarán el tratamiento no deben solicitarse.
- Cuando la probabilidad de enfermedad es baja, es más probable un resultado falso positivo que un resultado positivo verdadero.

- El costo verdadero de una prueba incluye también los costos posteriores en los que se incurre por haberla efectuado.

En ninguna sociedad todos los individuos tienen acceso a los bienes y servicios de la mejor calidad. Los recursos en salud son limitados tanto de los que tienen expresión monetaria como de los que carecen de ella, como por ejemplo, la provisión de órganos para trasplante (66). Por lo tanto, el uso racional de los recursos debe estar implícito en la asistencia médica. Las decisiones clínicas, diagnósticas y terapéuticas resultan particularmente relevantes para priorizar pacientes y el mejor punto de partida para conseguirlo es aplicar la mejor información científica disponible (66,67,68).

Brindar la información adecuada al paciente permite a éste ejercer su autonomía sin olvidar que la beneficencia del médico se ejerce en un contexto socioeconómico determinado, con recursos escasos o costosos que requieren intervenciones eficaces, efectivas y eficientes (1).

*¿De qué se habla cuando se habla de costos en salud?, tal es el título de un artículo recientemente aparecido en una publicación periódica médica. El autor cita el texto del *American College of Physicians Ethics Manual, Sixth Edition, 2012*, donde se señala que “los médicos tienen la responsabilidad de practicar un cuidado en salud de manera efectiva y eficiente y utilizar responsablemente los recursos en salud. La utilización parsimoniosa (m) de los recursos...ayuda a asegurar que los mismos estén disponibles equitativamente” (69).*

¹ **Eficacia:** capacidad de lograr lo que se espera (situaciones ideales); **eficiencia:** disponer de algo o alguien (recursos) para lograr un efecto; **efectividad:** capacidad de lograr el efecto que se espera en situaciones reales.

^m Parsimonioso, sa: Adj. Escaso, cicatero, ahorrativo. (DRAE – 22ª edición)

Surgen de la mano del uso racional de los recursos algunas concepciones aportadas por la farmacoeconomía. Se entiende por tal al estudio de los costos y beneficios de la aplicación de tratamientos y/o tecnología médicos. Desde la misma perspectiva, los costos derivados de la atención de pacientes resultan de cuatro aspectos (70):

- Costos médicos directos: personal sanitario, gastos hospitalarios, medicamentos.
- Costos médicos indirectos: aquellos necesarios para recibir atención médica (por ejemplo, transporte).
- Costos indirectos: morbilidad derivada de la enfermedad.
- Costos intangibles: corresponden al dolor y el sufrimiento causado por la enfermedad que aunque no medibles, no resultan nada despreciables con relación a la bioética.

Los costos en salud pueden analizarse desde perspectivas distintas (70). El **análisis de costo – beneficio** resulta de comparar los costos de la aplicación de una determinada práctica con relación al beneficio que produce, ambos medidos en términos monetarios. El principal problema radica en que resulta difícil medir en términos monetarios el beneficio del paciente, o cuando menos no resulta éticamente adecuado. Cuando se habla de **costo – efectividad** en cambio, los costos de la intervención se expresan en dinero pero se comparan con su efectividad medida en términos clínicos tal como el número de muertes evitadas. Por último, y tal vez el que mejor refleja las utilidades, es el análisis **costo – utilidad**. En este caso se compara los costos de la intervención expresados en unidades monetarias comparadas con la “utilidad” de su aplicación valorada subjetivamente por el paciente. Se suman a este análisis las preferencias del sujeto y la mejoría global de la calidad de vida introducida por la intervención (años de vida ajustado por la calidad, *quality – adjusted life years*). El principal

desafío de esta evaluación es desarrollar escalas que reflejen de manera adecuada la “utilidad” de las intervenciones (70).

La adecuada selección de pruebas y tratamientos permite pensar en un nivel superior en el bienestar de toda la sociedad en su conjunto (71). La solución pasa por entregar una salud más eficaz y eficiente con menores costos. Este debate se refleja en el Manual de Ética del Colegio Americano de Médicos, justamente porque las recientes reformas en salud aplicadas en los Estados Unidos parecen haber generado la sensación de que socavarán de alguna manera la decisión de los pacientes o el acceso a la salud (71).

Como no se puede proveer acceso ilimitado a las prestaciones en salud, el eje de la cuestión radica en establecer prioridades de manera explícita con la intervención de la sociedad. Algunos países han tendido al racionamiento por exclusión (se indican los servicios cubiertos) y otros, al empleo de guías de buenas prácticas clínicas sin exclusiones categóricas (70). Establecer prioridades requiere conjugar las políticas sanitarias con la práctica clínica. Puede señalarse que la manera más adecuada es el apego a aquellas intervenciones con una sólida validez científica y orientadas a las preferencias de los individuos y no a los intereses de la oferta (70).

La realidad en la Argentina demuestra que por décadas los recursos destinados a salud no han conseguido eficacia ni equidad (72). La explicación puede encontrarse en que la provisión de salud es brindada por tres subsectores, el público, la seguridad social y el privado. En el año 2004 el sector público abarcaba 24 sistemas públicos provinciales, la cobertura social, unas 300 obras sociales y otras tantas mutuales además del sistema destinado a la atención de jubilados y pensionados y el sector privado, una diversidad de oferta y demanda orientada a preferencias particulares (72). La realidad que enfrenta desde

entonces el Plan Federal de Salud es resolver progresivamente los conflictos generados por la falta de articulación entre los sectores prestadores de salud y en el interior de esos mismos sectores. Pueden señalarse como principales: cobertura y acceso desiguales, indefinición del modelo de prestaciones, mortalidad y morbilidad evitables elevadas, inadecuada planificación de la formación de recursos humanos, falta de regulación de la tecnología y posiblemente como el punto a solucionar de manera prioritaria, falta de consolidación del sistema de Atención Primaria de la Salud, en concordancia con la declaración de Alma – Ata (72,73).

Cuando se analizan los errores médicos puede concluirse que ciertas conductas médicas se asocian más probablemente al incremento de los costos en salud. Algunos autores señalan que no priorizar adecuadamente los problemas del paciente puede ser uno de los involucrados con mayor frecuencia en el incremento de los costos en salud sin relación adecuada con la efectividad (74).

Aunque al decir de Levinsky, la relación médico paciente debe estar protegida de cualquier forma de coerción, los factores basados en los derechos de la población como justicia distributiva, equidad y eficiencia en la atención en salud, no son éticamente menos importantes (17). Es posible que el mayor desafío que deba enfrentar la relación entre médicos y pacientes en los años venideros sea utilizar de manera óptima los enormes recursos que se destinan al cuidado de la salud mejorando la relación costo – efectividad o utilidad (17,70).

La “menor atención” puede proveer una “mejor atención” y por ende los médicos están llamados a utilizar de manera inteligente los recursos (71).

I.12 La ética de los principios en la deliberación moral

Es quizá relevante destacar que una importante competencia bioética es la correcta identificación de principios, que son expresiones particulares de leyes morales.

Fernando Lolas Stepke

El método de la ética fundamenta su razón en la deliberación. Diego Gracia expone claramente la relación entre el método de la clínica y de la ética, señalando que posiblemente, a través de Aristóteles, la última haya copiado a la primera los paradigmas que rigen el debate en una y en otra disciplina: el razonamiento, la prudencia, el término medio y la toma de decisiones en situaciones de incertidumbre (75).

Cuando se toman decisiones médicas frente al paciente particular la Bioética se presenta como el manto protector que defiende al paciente de los abusos de la tecnología o el encarnizamiento terapéutico. El propio médico debe empapar su deliberación con la conducta ética más adecuada de tal forma que las resoluciones en el área de la salud garanticen al paciente gozar de una ética de mínimos. Es decir, aquellos principios básicos que deben brindarse a todo ser humano.

Diego Gracia concede a los principios tradicionales una suerte de estatus moral señalando como “*ética de mínimos*” a la justicia y no maleficencia. Los principios que deben ser provistos como un bien social, es decir a todos los individuos. Autonomía y beneficencia son entonces, los principios que hacen a la felicidad y la realización de la persona humana y por ello son considerados por el autor como “*ética de máximos*”. Sin embargo, esta concepción ha encontrado algunos escollos para su sustento como único cariz en lo que atañe a “*ética de los principios*” (11).

Adela Cortina, por su parte, expresa que en el contexto del pluralismo moral que inunda las sociedades contemporáneas debe distinguirse una ética de mínimos universalmente exigible a todos los seres humanos y una ética de máximos que atañe a la autorrealización del individuo. La justicia y sus valores de libertad, solidaridad e igualdad componen la ética de mínimos y la felicidad puede señalarse como la ética de máximos. Es claro que la felicidad es un concepto subjetivo que atañe a un individuo, una sociedad o una cultura particulares. En cierta concordancia con lo expresado por la filósofa española, José Alessio señala que los derechos humanos deben considerarse como ética de mínimos y que por lo tanto su inviolabilidad resulta exigible a la sociedad en su conjunto (76).

Según José Alberto Mainetti la ética se ha basado históricamente en los principios de justicia, beneficencia, no maleficencia y autonomía. Sin embargo, en la ética de la posmodernidad no son pocas las críticas a dicho modelo posiblemente relacionadas con el relativismo moral que empapa las sociedades actuales existiendo diferentes maneras de mirar la realidad en un contexto democrático, pluralista y multicultural (77).

Es el mismo Dr. Mainetti quien señala que el discurso principista se desplaza en la posmodernidad al “*complejo bioético*” donde las figuras de Pigmalón, Narciso y Knock representan la beneficencia (no maleficencia), la autonomía y la justicia. Pigmalión está animado por construir al otro de una manera perfecta (enamorado de la estatua femenina logra darle vida). Narciso encarna la autonomía en su máxima expresión extasiado con su propia imagen y el joven Dr. Knock “*medicaliza*” la vida de todo un pueblo encarnando al principio de justicia (77).

Retomando la deliberación bioética surge el sentido del deber moral que siempre posee dos caracteres: individualidad y falibilidad. El primero reconoce al sujeto que participa en la toma de decisiones la capacidad invulnerable de actuar en concordancia de sus propios

principios. Las decisiones podrán variar en circunstancias diversas y en ello radica la falibilidad. Dicho carácter resulta también del hecho que la deliberación no puede abarcar de manera exacta y completa toda la realidad (75).

II. OBJETIVOS

II.1 Objetivo primario

- Reconocer mediante los resultados de la encuesta, la manera en que los profesionales médicos aplican o interpretan aspectos bioéticos esenciales en la práctica asistencial.

II.2 Objetivos secundarios

- Establecer si los años de ejercicio profesional desde el egreso se relacionan a modificaciones en la selección de respuestas en los siguientes dominios del cuestionario:
 - Finalidad, concepto y manera de obtener el consentimiento informado
 - Dificultad en la transmisión de situaciones adversas al paciente (malas noticias)
 - Acciones tendientes a favorecer la relación costo – efectividad
- Explorar si la capacitación formal en Bioética resulta determinante de las respuesta a los dominios:
 - Finalidad, concepto y manera de obtener el consentimiento informado
 - Concepto de asentimiento
 - Definición de población vulnerable
 - Ética de mínimos
- Investigar si los profesionales médicos especialistas en Oncología, por su condición de mayor contacto con

pacientes terminales exhiben una actitud diferente en torno a las decisiones al final de la vida o en el tipo de normas legislativas que regulan los derechos de los enfermos en aquella condición.

III. MATERIAL Y MÉTODOS

III.1 Diseño metodológico

El presente trabajo se realizó de manera prospectiva, con carácter descriptivo, analítico y de corte transversal.

III.2 Diseño de la encuesta

La encuesta se elaboró mediante un listado de variables expresadas a modo de premisas en el encabezado del ítem. Se realizó una revisión bibliográfica para definir estas variables pero no se encontraron cuestionarios con similares contenidos en la búsqueda, excepto tres en particular. Uno, destinado a la evaluación del consentimiento informado por los profesionales de la salud (7); otro, obtenido de una base de datos española sobre registro de investigaciones sociológicas (78) y el tercero, más similar al enfoque de la presente investigación, realizado en un hospital de pediatría de Argentina (79). Ninguno de los trabajos proveyó enunciados completos sino ítems aproximados y a excepción de la base española, no constituían instrumentos validados. Por tal motivo, se elaboraron las preguntas de acuerdo a la bibliografía revisada para cada capítulo.

La primera versión de la encuesta fue analizada por cuatro profesionales médicos con capacitación formal en Reumatología e Investigación Clínica uno, Oncología otro, Medicina Interna el tercero y Gastroenterología el cuarto. Tres de ellos eran también profesores regulares (titulares o adjuntos) de la carrera de Medicina de sendas

universidades nacionales de la Argentina y uno de ellos poseía además, capacitación formal en Bioética.

Luego de esta primera evaluación se suprimieron y/o modificaron cuatro preguntas que observaban aspectos formales de la ciencia en cuestión y requerían para responder, capacitación específica en el área de la Bioética, no siendo éste un objetivo de la investigación, sino la aplicación informal cotidiana que los profesionales médicos realizan en su labor asistencial.

La nueva versión fue entonces, evaluada por dos investigadores (nuevamente uno de los profesionales médicos, magíster en investigación y otra profesional médica farmacóloga e integrante de comités de ética en investigaciones en salud, un psicólogo, una comunicadora social, una estudiante universitaria de la carrera de publicista, una persona de la comunidad integrante también de un comité de ética en investigaciones en salud, cuatro médicos de diversas especialidades (Gastroenterología, Oncología, Psiquiatría y Cardiología) y el propio director de la presente tesis (médico pediatra y bioeticista). Todos ellos revisaron el cuestionario considerando la validez de los contenidos, la adecuada comprensión e interpretación de los enunciados y las opciones de respuesta. Juzgaron también la facilidad para el acceso a la herramienta Google Docs (convertido actualmente en Google Drive) a través del hipervínculo correspondiente, el grado de dificultad en el uso y aspectos referidos a insumo del tiempo para responder el cuestionario completo (ⁿ).

ⁿ <https://accounts.google.com/>

III.3 Versión final del cuestionario

El cuestionario incluyó en el encabezado dos párrafos destinados el primero a solicitar la colaboración respondiendo el instrumento y explicando la finalidad de la participación. Este acápite llegaba a los usuarios cuando el formulario se enviaba desde la propia página (ver más adelante “Distribución de la encuesta”). El segundo párrafo expresaba el consentimiento tácito de los participantes para la publicación anónima de los datos obtenidos al responder la encuesta (Ver Anexo N°1).

Se desarrollaron veintitrés premisas que a lo largo del presente trabajo se mencionarán indistintamente como dominio, consigna, premisa, proposición, acápite o ítem. Se denominará opciones o respuestas a la selección que realizaron los entrevistados, participantes o encuestados.

Para delinear los aspectos demográficos y/o características de los participantes se incluyeron siete premisas. Los dominios N° 1 (edad en años), N° 4 (especialidad que ejerce de manera principal) y N° 5 (años de ejercicio de la especialidad) eran de respuesta libre. El dominio N° 2 refería al género de los encuestados. El dominio N° 3 se dividió en cuartiles para consignar los años de ejercicio profesional desde el egreso. En las demás consignas se propusieron las opciones para tildar. Los ítems N° 6 y N° 7 solicitaron la capacitación formal en Bioética o en una disciplina afín (Psicología, Filosofía, Teología u otra).

A partir del dominio N° 8 los acápites se relacionaron con los discernimientos bioéticos en la práctica asistencial.

Las consignas N° 8 a la N° 11 evaluaron la interpretación del consentimiento informado, incluyendo una proposición referida al significado del término asentimiento.

El dominio N° 12 solicitó la conducta del profesional médico frente a la situación de discrepancia entre el menor maduro y sus progenitores en la decisión de aceptar una determinada práctica.

La premisa N° 13 se relacionó con la interpretación de la expresión “población vulnerable”.

El ítem N° 14 refirió a la confidencialidad en la relación médico – paciente y los N° 15 y N° 16, a la veracidad en dicha relación y la transmisión de malas noticias. Las premisas N° 17 y N° 18 se encuadraron en el contexto de “final de la vida” e indagaron sobre conductas frente al enfermo terminal y leyes a sancionar en la Argentina que regulen de alguna manera, dicha conducta (^o).

La proposición N° 19 aplicó a la “objeción de conciencia” del profesional médico y las N° 20 y N° 21 a dejar de atender un paciente o rechazar su atención, no desde el punto de vista de la figura legal “abandono de paciente”, sino desde los aspectos morales de desistir de atender un paciente o no comenzar su atención, incluyendo entre las opciones el accidentado en la vía pública.

La premisa N° 22 interrogó sobre conductas para mejorar la relación costo efectividad en el desempeño de la profesión atendiendo al principio de justicia distributiva, aunque sin expresarlo pues la encuesta, tal como se mencionó, no requería capacitación en Bioética.

Finalmente el dominio N° 23 solicitó opinión sobre lo considerado por el interrogado como “ética de mínimos” para la atención de sus pacientes, sin evocar en este concepto exclusivamente la interpretación que Diego Gracia hace del mismo (11).

III.4 Distribución de la encuesta y privacidad de datos

La encuesta se diseñó en su momento en el instrumento Google Docs (Google Drive actual). Esta herramienta permite la distribución

^o Al momento de diseñar y distribuir la encuesta el Poder Legislativo de Argentina no había sancionado aún las modificaciones a la ley sobre derechos del paciente, conocida posteriormente como “Muerte Digna”.

desde la propia página a los usuarios potenciales. Ingresa con el nombre de quien la envía y con una breve invitación a responderla. Esta escasa información propia del sistema motivó un bajo índice de accesos. Por tal motivo y a fin de favorecer la adherencia, se procedió a enviar el enlace (*link*) correspondiente mediante el correo electrónico de una cuenta personal con información adecuada que permitieran a los receptores interesarse en el contenido.

Los primeros en recibir la encuesta fueron los contactos directos de la cuenta mencionada. Luego se procedió a difundir la misma a través de sociedades científicas pidiendo la colaboración a la Federación Argentina de Gastroenterología y la Sociedad de Oncología Clínica de la Provincia de Córdoba a través de sus respectivos presidentes. La primera fue seleccionada ante los resultados parciales (la herramienta permite conocerlos) donde el género masculino se mostraba más afín a responder y esta sociedad posee en la Ciudad de Córdoba un importante número de integrantes de género femenino. La segunda sociedad se seleccionó por uno de los objetivos secundarios del proyecto; reconocer si los oncólogos, especialistas que atienden con mayor frecuencia pacientes con enfermedades terminales, expresaban diferencias con aquéllos que no lo hacen de forma tan asidua, a las dos preguntas sobre final de vida y legislación.

Se solicitó también la difusión a la Asociación Argentina de Medicina Respiratoria y a la Asociación Argentina de Oncología Clínica. Ambas sociedades no brindaron acuerdo para la difusión denegando la solicitud en el primer caso y no respondiendo a reiteradas comunicaciones en el segundo de los casos. Sin embargo, la encuesta pudo difundirse a través de la Sección Neumonología Clínica y Crítica de la primera asociación citada.

Finalmente se estableció contacto con la Federación Latinoamericana y del Caribe de Instituciones de Bioética (FELAIBE) cuyo

presidente difundió de manera inmediata la encuesta entre los miembros médicos de la Sociedad Chilena de Bioética a la que también preside. Su inmediata colaboración distribuyendo el cuestionario entre los miembros médicos de dicha sociedad, impidió que se modificara la pregunta referida a la posible ley a sancionar en Argentina (dominio N° 18).

Otra importante fuente de distribución fue la difusión secundaria del enlace a través de los profesionales contactados de manera directa, entre sus vínculos profesionales.

La distribución del cuestionario se realizó solamente durante el mes de marzo de 2012, suprimiéndose la opción para responder el mismo el día 31 del mes indicado.

Independientemente de la manera en que se accediera al cuestionario las respuestas se incorporaban de manera automática y totalmente anónima en la hoja de datos. La herramienta genera por sí misma información diaria de los formularios completados que envía a la cuenta de correo electrónico del titular del instrumento. Ello permitió llevar un registro pormenorizado del número de usuarios que respondían. Esta información también revistió carácter anónimo.

III.5 Análisis estadístico

Los datos demográficos se describieron según el tipo de variable a analizar. Para las variables cuantitativas se obtuvo frecuencia y media con su desviación estándar (DS). Las variables cuantitativas o atributos se caracterizaron por frecuencia de presentación y los resultados se expresaron en números absolutos con su correspondiente porcentaje. La variable continua “Años de ejercicio profesional contados desde su egreso” se presentó categorizada en la encuesta: 1. 0 – 5 años, 2. 6 – 10 años, 3. 11 – 15 años y 4. más de 16 años. Cada una de las respuestas a partir del dominio N° 8 se analizó por frecuencia de presentación.

En concordancia con los objetivos propuestos se establecieron relaciones entre las variables que se enumeran a continuación, aplicando el cálculo con la prueba χ^2 o la prueba exacta de Fisher, según correspondiera.

1. Años de ejercicio profesional desde el egreso con:
 - La forma de obtener el consentimiento informado
 - La percepción que más dificulta transmitir malas noticias al paciente
 - La actitud a asumir frente al paciente terminal
 - La sanción de una ley en Argentina con relación al final de vida
 - Costo efectividad
2. Capacitación formal en bioética
 - Definición de asentimiento
3. Especialidad profesional en Oncología
 - La percepción que más dificulta transmitir malas noticias al paciente
 - La actitud a asumir frente al paciente terminal
 - La sanción de una ley en Argentina con relación al final de vida

Se consideraron estadísticamente significativos valores de $p \leq 0.05$ que fueron apreciados de manera presumible pero no categórica pues en diferentes variables las tablas de contingencia mostraron celdas con un contenido inferior a cinco.

El primer procesamiento se encargó a una estadística que utilizó el Stata software, versión 12.1 (StataCorp. College Station, TX 77845, USA) Posteriormente se completó la revisión (la propia autora) y el análisis con el paquete estadístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versión 19.0 (Chicago, IL. USA).

III.6 Ética de la investigación

El proyecto fue presentado antes de la difusión de la encuesta al comité institucional de ética en Investigación en salud (CIEIS) “Comité de Ética Hospital Nacional de Clínicas”, dependiente de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba para su evaluación y aprobación (Ver Anexo N° 2).

Los datos se trataron de manera totalmente anónima y los correos electrónicos con destinos múltiples fueron enviados con la opción “copia oculta”, evitando de esta manera el conocimiento por parte de los encuestados de quienes recibían el formulario y también la inadecuada difusión de direcciones de correo electrónico.

Las sociedades científicas difundieron el enlace a través del correo de la misma no facilitando al investigador los destinatarios reales de la encuesta, que tampoco fueron solicitados. No se ejerció ninguna coacción para responder, sino simplemente la invitación a participar de manera libre y voluntaria y especificando el origen de la encuesta totalmente ajeno al funcionamiento de dichas sociedades. No se realizó ninguna actividad adicional ni coercitiva para promover la participación de los profesionales.

IV. RESULTADOS

IV.1 Información general y datos demográficos

La encuesta se envió a través de distintas bases de datos a los correos electrónicos de profesionales médicos. Estas bases de datos contenían en algunos casos miembros ya contactados a través de otra lista y por lo tanto, no pudo establecerse con certeza el número de profesionales encuestados. Sin embargo, puede estimarse que aproximadamente la misma fue difundida entre unos 600 médicos en Argentina. Por su parte la Sociedad Chilena de Bioética posee 65 miembros médicos que recibieron el cuestionario.

El total de encuestas respondidas fue de 149. Al iniciar el análisis de las mismas debieron descartarse cinco filas del programa de procesamiento estadístico (encuestas) porque presentaban numerosos datos perdidos con relación a las preguntas sobre bioética y por lo tanto perturbaban el análisis. Algunas de estas líneas mostraban sólo la edad, el género y los años de ejercicio en la profesión. Cuando las respuestas fueron más completas se trabajó entonces, con datos de estas líneas para las preguntas respondidas. Es decir, la muestra final incluyó 144 encuestas, aunque por la variabilidad mencionada en el número de preguntas respondidas, puede considerarse que existe un “n” propio para cada consigna. Por tal motivo, en el análisis de las respuestas se señala entre paréntesis cuántos sujetos respondieron dicha consigna sobre el total de 144 cuestionarios incluidos.

Dominio N° 1(143/144): En la variable **edad** se obtuvo una media de 50,41 (± 12.14) con un límite inferior de 26 y uno superior de 76 años.

Dominio N° 2(144/144): Al considerar el **género** de los encuestados, respondieron el cuestionario 51 mujeres (35,42%) y 93 hombres (64,58%).

Dominio N° 3(144/144): Fue la única variable categorizada en cuatro clases por “**años de ejercicio profesional desde el egreso**”. El porcentaje mayor (76,39%) tenía más de 16 años de egresado (n= 110 sujetos). Gráfico N° 1.

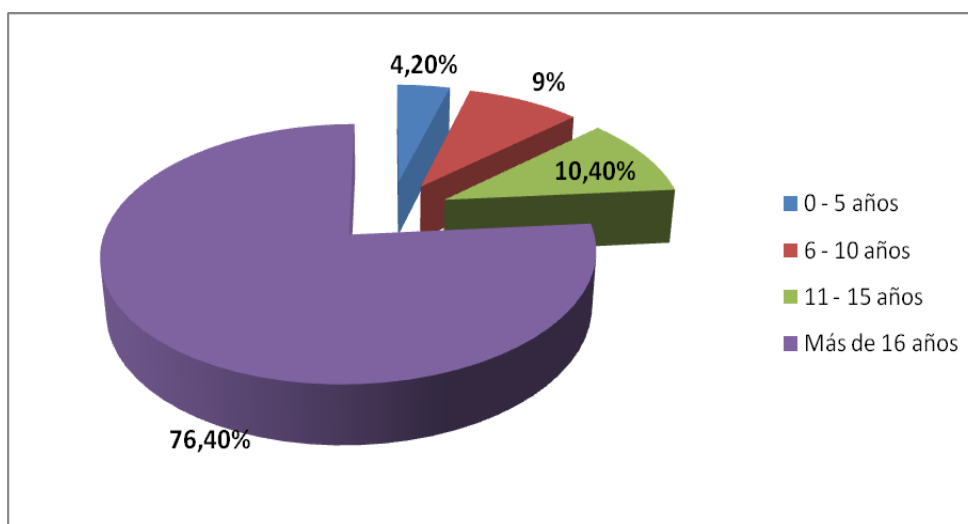


Gráfico N° 1: Años de ejercicio profesional desde el egreso distribuidos en 4 categorías o clases.

Dominio N° 4 (144/144): Los encuestados se dividieron entre 20 **especialidades médicas** diferentes, siendo las predominantes Neumonología 29% (42 sujetos), Reumatología 13% (n=18), Oncología 12% (17), Medicina Interna 11% (n=16) y Gastroenterología 7% (n=10). Gráfico N° 2.

Dominio N° 5 (143/144): Los **años de ejercicio de la especialidad** arrojaron una media de 19,03 (± 12.54) con un mínimo de 0

(sin especialidad completa aún) y un máximo de 50 años de ejercicio en la misma.

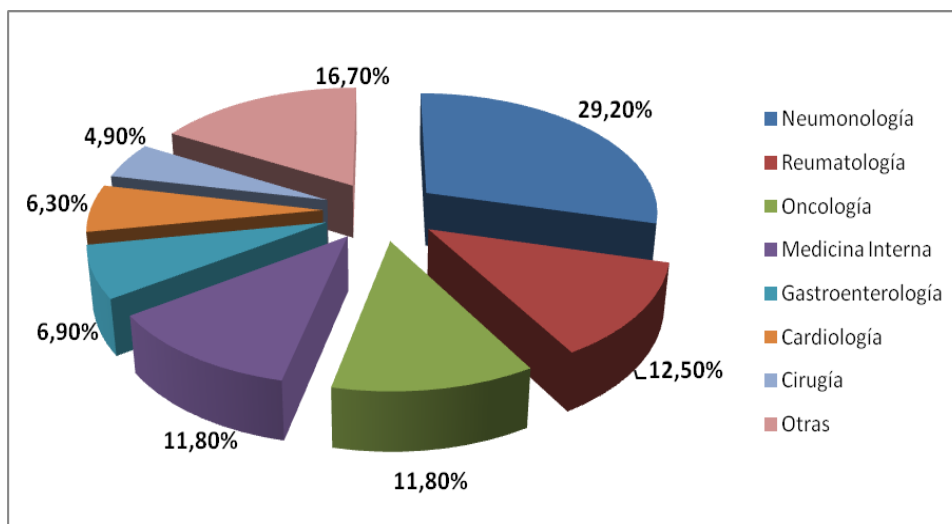


Gráfico N°2: Distribución por especialidades. La categoría “otras” incluye los profesionales cuya especialidad se repitió menos de 7 veces: Investigación en Salud, Pediatría, Auditoría Médica, Dermatología, Otorrinolaringología, Urología, Nefrología, Infectología y Diagnóstico por Imágenes.

Dominio N° 6 (144/144): Con relación a la **capacitación formal en Bioética** respondieron afirmativamente 31 (22%) sujetos y no poseyeron capacitación formal 113 (78%).

Dominio N° 7 (136/144): El entrenamiento regular en una **disciplina afín a la Bioética** fue señalado por 14 encuestados (11%) y la formación afín predominante fue la Filosofía, en algunos casos asociados a Teología, seguidos por Psicología o Psiquiatría. Negaron capacitación en una disciplina afín 122 individuos (89%).

IV.2 Consentimiento informado

Dominio N° 8 (143/144): Los resultados sobre el **objetivo del consentimiento** informado se polarizaron casi por completo entre las opciones “Brindar información adecuada” 62 (44%) y “Proteger los derechos del paciente” 61 sujetos (43%). Fue interpretado como “Una forma de resguardo legal” por 18 sujetos (12%) y los 2 restantes (1%) consideraron que tiene por finalidad “Expresar los deberes del médico”.

Dominio N° 9 (143/144): Solicitó la **interpretación que los encuestados otorgan al consentimiento informado**. La opción seleccionada de manera prioritaria fue “Un proceso de comunicación entre el médico y el paciente” 78 (55%). Opinaron que era “Un formulario a completar antes de procedimientos médicos” 23 (16%) participantes. Sólo 2 (1%) encuestados lo interpretaron como “Un documento capaz de entorpecer la relación entre el médico y el paciente”. Por otra parte, 40 (28%) sujetos identificaron el consentimiento informado como “La manera de registrar por escrito la decisión del paciente”.

Dominio N° 10 (142/144): Investigó sobre la **manera de obtener el consentimiento para procedimientos invasivos** en la práctica asistencial. El 59% (84 sujetos) declaró que lo hacía “Por escrito (mediante formulario o similar); el 20% (n=29) prefirió elegir la opción “Verbal (explica al paciente los riesgos y beneficios y deja constancia en la HC de lo actuado)”. El 10% (n=14) y el 11% (n=15) se inclinaron por “Siempre en presencia de un testigo o familiar” y “Tácito (sólo explica al paciente los riesgos y beneficios del procedimiento) respectivamente.

IV.3 Asentimiento y menor maduro

Dominio N° 11 (134/144): La **definición de asentimiento**, mostró cierta paridad entre las respuestas. La opción “El médico tratante al reconocer como válido el consentimiento obtenido” fue seleccionada por 57 participantes (42%), seguida por la opción “El menor maduro”, 40 sujetos (30%). Las consignas “El representante legal” y “El testigo imparcial” fueron seleccionadas por 24 (18%) y 13 sujetos (10%) de manera respectiva.

Dominio N° 12 (143/144): “**Frente al menor maduro que rechaza una determinada práctica, la única posible para su supervivencia**”, el 42 % (n=60) consideró necesario “Solicitar la intervención del juez de menores”. La segunda opción por frecuencia de selección con 41 adeptos (29%) fue “Obrar en consecuencia con el principio de beneficencia”. Respondieron “Respetar la decisión del menor” 12 (8 %) encuestados. “Acatar la decisión de los padres, aunque se contraponga con la del menor” fue considerada como válida por 30 (21%).

IV.4 Población vulnerable

Dominio N° 13 (140/144): Interrogaba sobre la **definición de población vulnerable**. Fue la pregunta con respuesta más homogénea siendo seleccionada 129 veces (92%) la opción “Individuos en desventaja educativa, social, cultural, económica o de otra índole”. Entre el resto de los encuestados 10 (7%) eligieron “De manera exclusiva los sujetos incapaces de dar su consentimiento” y sólo un participante (1%) opinó “Sólo los menores de edad”.

IV.5 Secreto profesional y veracidad en la relación médico paciente

Dominio Nº 14 (141/144): Se refirió al **fundamento del secreto profesional en la práctica de la Medicina**. Los médicos seleccionaron 93 veces (66%) “Pacto de confidencialidad implícito en la relación médico paciente”. En cambio, “La confianza social en la reserva de la profesión médica” fue esgrimida como justificación por 32 encuestados (23%) y “El respeto a la autonomía del pacientes” sólo por la mitad de los anteriores (n=16, 11%).

Dominio Nº 15 (142/144): Con relación a la **justificación de informar la verdad al paciente**, ningún encuestado opinó que “La oposición de la familia a que el paciente sea informado entorpece la relación médico paciente”. Es decir, dicha opción no fue seleccionada nunca. La mayoría de los médicos (n=93, 65%) justificaron decir la verdad con “La revelación franca de la información ayuda al paciente a tomar decisiones sobre su propia vida”. La siguió elegida 42 veces (30%) “La confianza entre el médico y su paciente es fundamental para la práctica de la Medicina”. El 5% (n=7) de los encuestados seleccionaron para la justificación que la “Incertidumbre de la ciencia médica debe ser compartida con el enfermo”.

Dominio Nº 16 (140/144): Solicitó que el galeno expresara **de acuerdo a su percepción, el factor que más dificulta la transmisión de una situación adversa (malas noticias) al paciente**. Las respuestas se equilibraron entre las consignas propuestas. 43 encuestados (31%) opinaron que “La incapacidad para brindar contención frente al dolor del paciente” era la opción que mejor reflejaba aquella percepción. Un número de 36 (26 %) consideraron que la dificultad estaba en reconocer el “Fracaso de la Medicina, entendido como falibilidad de la ciencia”. Un total de 32 encuestados (23 %) seleccionaron el “Ser el responsable

médico de la situación” como el escollo mayor y 29 (20 %) fundaron su percepción en “Enfrentar la idea de la propia muerte”.

IV.6 Eutanasia y fin de la vida

Dominio Nº 17 (136/144): Enfrentó al médico frente a la hipótesis del **paciente terminal con dolor o severa incapacidad y total conciencia**. Los profesionales seleccionaron por igual (n=66, 48% cada respuesta), “Eutanasia voluntaria pasiva (accede, si el paciente lo solicita, a suspender todo tratamiento que pueda prolongar la vida)” y “Limitación del esfuerzo terapéutico”. Sólo 4 (2%) sujetos señalaron al “Suicidio asistido (eutanasia voluntaria activa)” como una forma de terminar con el padecimiento del individuo. Ninguno se inclinó por la eutanasia involuntaria (anticipar la muerte del paciente sin que él lo solicite).

Dominio Nº 18 (137/144): Interrogó sobre la “**necesidad de sancionar leyes** ^(p) **que pudieran mejorar en Argentina la atención del paciente terminal**, particularmente con invalidez total y definitiva con conciencia clara de su condición. La respuesta mayoritaria se inclinó hacia “Ley de voluntades anticipadas o testamento vital” con 75 elecciones (55%). Fue seguida, aunque a distancia, por “Legalización de la eutanasia voluntaria activa (ayudar a morir al paciente cuando éste lo solicite)” seleccionada 32 veces (23%). Numéricamente muy próxima a la anterior con 27 (20%) votos, estuvo “No deberían sancionarse leyes que permitan anticipar el final de la vida” y la elegida sólo por 3 (2%) fue “Ayudar a morir a nuestro paciente aunque no lo solicite (eutanasia involuntaria u homicidio por piedad)”.

^p Al momento de la realización de la encuesta no se había promulgado aún la Ley de voluntades anticipadas en la Argentina

IV.7 Decisión de no brindar atención al paciente

Bajo este acápite pueden incluirse los dominios N°19, N°20 y N°21 con planteos inherentes a no atender o a cejar en la atención de un paciente cuando se estaba prestando cuidado **excluyendo la figura legal del abandono de persona.**

Dominio N° 19 (136/144): Cuestionó sobre la **apreciación personal con relación a la objeción de conciencia.** Permitió identificar que 76 (56 %) encuestados seleccionaron la opción “Puede esgrimirse para no realizar una determinada práctica en un paciente, siempre que el mismo pueda remitirse a otro profesional para su tratamiento”. “No es un argumento válido, en circunstancia alguna, para privar de atención a un paciente” fue la segunda con 31 (23%) sujetos que la eligieron. “Puede interferir con los derechos de los pacientes a recibir atención médica adecuada a sus necesidades” y “Puede aplicarse en cualquier circunstancia como expresión de respeto a la autonomía del médico” recibieron 10 (7%) y 19 (14%) votos cada una.

Dominio N° 20 (141/144): Indicó escoger de entre cuatro situaciones hipotéticas aquélla por la cual **el médico estaría más propenso a dejar de atender un paciente,** es decir, en cuál circunstancia estaría más dispuesto a no continuar atendiéndolo. La selección se inclinó notablemente por “Ud. presencia (no participa) un accidente en la vía pública y no hay otro socorrista disponible” con 72 respuestas positivas (51%). Le siguió la opción “Ud. es el médico de cabecera de un paciente que ingresa en una unidad de cuidados paliativos” con 46 elecciones (33 %). Las opciones “Ud. es el médico de cabecera de un paciente que padece importantes trastornos psicosociales y reiterado incumplimiento de las recomendaciones efectuadas” y “Se suscita una relación conflictiva entre Ud. y los familiares del paciente a

quien atiende desde hace varios años” se repartieron el resto de las selecciones. Un 9 % (n=12) y un 7 % (n=11) respectivamente estaría dispuesto a continuar atendiendo al paciente a pesar de esas circunstancias.

Dominio N° 21 (136/144): Requirió al médico que **“Indique la situación en la cual estaría más propenso a rechazar atender un paciente”** presumiendo que el médico no desea atenderlo en realidad. Tuvo como justificación a través de la opción **“Existen otros profesionales de su misma especialidad que pueden atenderlo”** para 96 (70%) participantes. **“El respeto a su propia autonomía permite que Ud. decida a cuales pacientes atender”** explicó en 38 veces (28%) que el profesional decidiera no atenderlo. Las opciones **“Un colega le deriva ese paciente”** y **“El paciente recurre a Ud. por su experiencia y renombre profesional”** motivaron que el médico decidiera atenderlo sólo una vez (1%) cada una.

IV.8 Costo efectividad en la atención

Dominio N° 22 (142/144): Indagó sobre **cuatro alternativas capaces de mejorar la relación costo – efectividad en salud**. Se explicó en la proposición que las mismas tenían sustento científico en publicaciones sobre el tema. Las respuestas se dividieron de manera equitativa entre cada una de las opciones. **“No demorar la obtención del diagnóstico o el inicio de la terapéutica”** fue la seleccionada por 39 sujetos (28%), pero sólo a un punto porcentual sobre **“Indicar pruebas diagnósticas adecuadas”** que atrajo como correcta a 38 (27%). **“Priorizar los problemas de manera óptima”** y **“Utilizar algoritmos o protocolo”** fueron elegidas 34 (24 %) y 31 (21 %) veces cada respuesta.

IV.9 Ética de mínimos

Dominio N° 23 (141/144) pretendió establecer **los principios y valores que rigen el accionar de los médicos en las deliberaciones éticas de la práctica cotidiana**, identificando estos valores fundamentales como “ética de mínimos”. La lista propuso dos valores o principios para cada una de las cuatro opciones. La selección recayó con amplia mayoría sobre el resto en “Dignidad humana y respeto por la vida” con 92 (65%) elecciones. Le siguió, aunque muy alejada, “Autonomía y beneficencia” que de acuerdo a las respuestas obtenidas, rige el accionar del 19% de los encuestados (n=27). “Justicia y no maleficencia” obtuvo 14 votos (10%) y “Veracidad y autonomía” fue seleccionada sólo 8 veces (6%).

IV.10 Relaciones entre las variables

El análisis de los resultados se completó con la aplicación de tablas de contingencia entre algunas variables presumiblemente relacionadas.

IV.10.1 Años de ejercicio profesional desde el egreso

Al relacionar las proposiciones sobre **consentimiento informado (objetivo primordial, concepto y manera de obtenerlo)** la variable categorizada “años de ejercicio profesional” no modificó los resultados.

Los individuos con menos de 16 años en la profesión, al responder sobre la **percepción que más les dificulta transmitir situaciones adversas al paciente** (dominio N° 16) señalaron a la incapacidad para brindar contención adecuada frente al dolor. Esta opción fue elegida por 15 de los 34 profesionales menores. Los con mayor cantidad de años distribuyeron uniformemente sus respuestas y en el caso particular de esta opción la seleccionaron 28/110. Estos resultados, aunque diferentes en número, no mostraron significación estadística ($p=0,206$).

La **actitud a asumir frente al paciente terminal** no demostró desigualdades al relacionar los años de ejercicio profesional. Y en ambos grupos la opción menos seleccionada fue la eutanasia voluntaria activa. Relacionado al dominio anterior y de manera congruente, los años de ejercicio profesional no modificaron la respuesta inclinándose categóricamente ambos grupos por la necesidad de la sanción de una ley de voluntades anticipadas.

Los años de ejercicio profesional mostraron relación con la **variable costo efectividad**. Los individuos con más de 16 años de ejercicio profesional exhibieron una menor tendencia a utilizar los algoritmos en pacientes crónicos para mejorar dicha relación en comparación con los médicos que tenían menos de 16 años de ejercicio. Fue la opción seleccionada por 14/34 profesionales con menos de 16 años contra 17/108 con más de 16 años. Gráfico N°3.

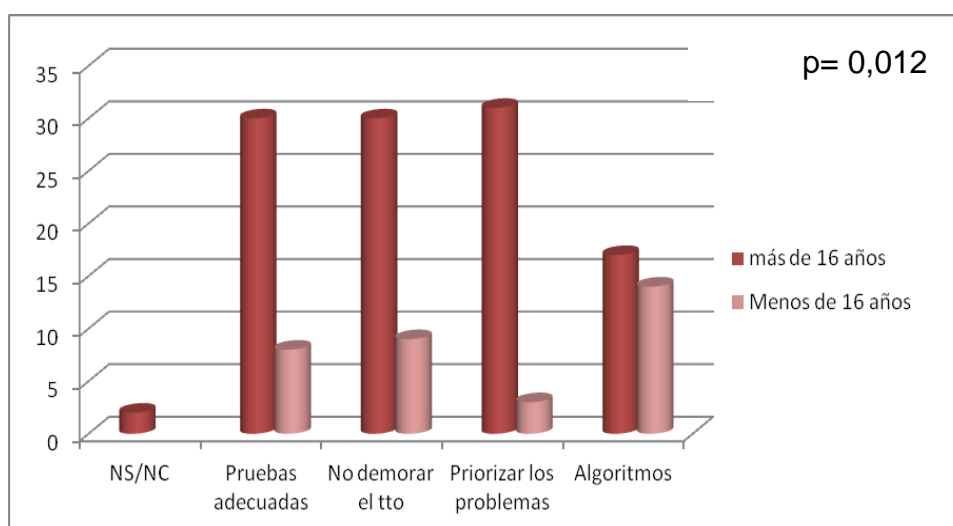


Gráfico N°3: Relación entre los años de ejercicio profesional y la respuesta al dominio N° 23: Relación costo efectividad. (NS/NC= no sabe/no contesta – tto= tratamiento).

IV.10..2 Capacitación formal en Bioética

Se aplicaron también tablas de contingencia para reconocer si la capacitación formal en Bioética hacía variar las respuestas de los encuestados, particularmente en aquellos dominios que pudieran mostrar algún grado de asociación con el conocimiento de la disciplina.

Poseer dicha capacitación demostró tener relación en las respuestas sobre **asentimiento** pues el 52% de quienes tenía formación seleccionó la respuesta adecuada contra el 16% que la seleccionó entre quienes no la poseían ($p=0,003$). Una situación similar ocurrió al preguntar sobre la **definición de consentimiento informado**. Quienes poseyeran conocimientos formales en Bioética mostraron identificaron al consentimiento como un proceso ($p= 0,017$).

En cambio la capacitación no influyó al responder sobre **población vulnerable, la forma de obtener o el objetivo del consentimiento informado**. La capacitación formal en bioética tampoco influyó en la selección de los principios considerados como ética de mínimos y la misma recayó sobre “Dignidad y respeto a la vida”.

IV.10..3 Especialidad médica en Oncología

Al relacionar la especialidad médica en Oncología con el dominio N° 16 sobre la percepción que más dificulta **transmitir situaciones adversas (malas noticias) a los enfermos** no se observó que los profesionales con este entrenamiento formal opinaran diferente a los demás médicos especialistas en otra área de la Medicina.

También se obtuvieron resultados similares al total de la muestra cuando se evaluó en los oncólogos la **actitud a asumir frente al paciente con severa incapacidad y/o dolor** (dominio N°17) como

asimismo, la opinión sobre la necesidad de **cuales leyes promulgar para mejorar la atención de los pacientes terminales.**

Los resultados del dominio N° 17 se muestran en el gráfico N°4.

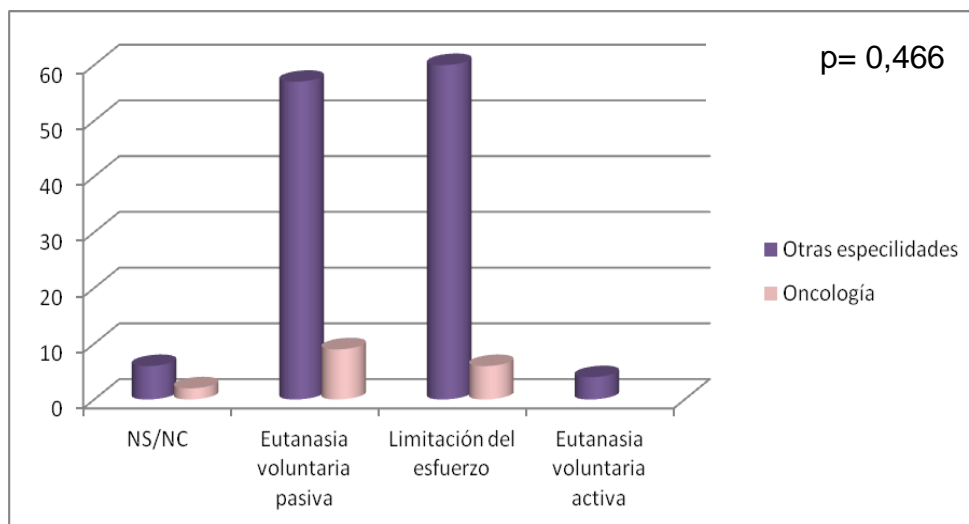


Gráfico N°4: Relación entre la especialidad médica de Oncología y las decisiones al final de la vida (NS/NC= no sabe / no contesta).

También se evaluó la relación con el dominio N° 20 (**sobre no atender o cejar la atención de un paciente**) y los especialistas en Oncología no se diferenciaron del resto de las especialidades. Gráfico N° 5.

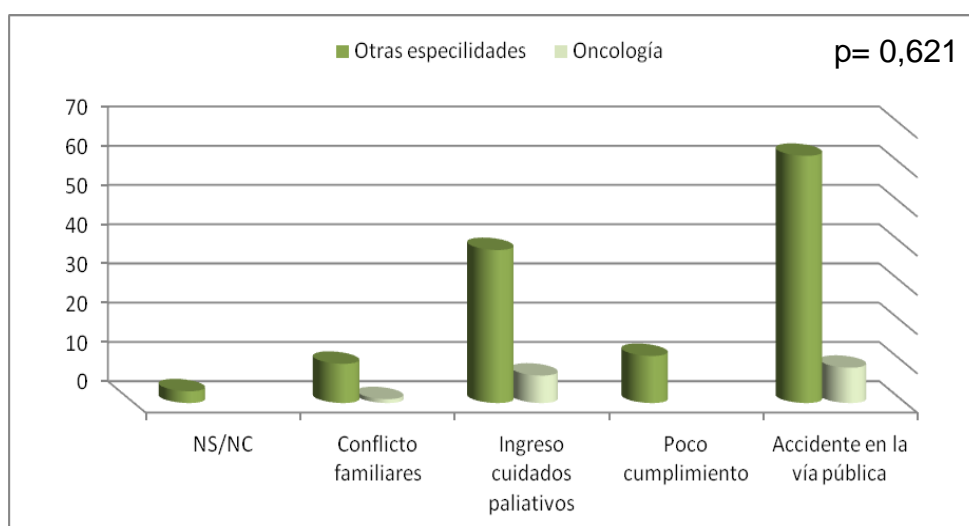


Gráfico N°5: Relación entre el ejercicio de la especialidad médica Oncología y la menor propensión a dejar de atender a un paciente. (NS/NC= no sabe / no contesta).

V. DISCUSIÓN

Sólo respondieron aproximadamente un 30 % del total de profesionales que recibieron la encuesta, pese al carácter totalmente anónimo, claramente especificado en el consentimiento informado y en el cuerpo del mail donde se enviaba el hipervínculo para ingresar al cuestionario. Tampoco los participantes respondieron la totalidad de las preguntas. La mejor explicación para este último dato pueda encontrarse en que la respuesta a cada una de las premisas no era obligatoria para continuar rellenando el cuestionario. El instrumento empleado (Google Drive) permite esta condición pero se supuso que ello reduciría más el apego a responder y por lo tanto no se seleccionó dicha opción.

Las preguntas del cuestionario, excepto la atinente a definición de asentimiento, no ofrecieron una única respuesta correcta. Se analizan a continuación los resultados de los dominios seleccionados con mayor frecuencia y que reflejan las conductas ajustadas a la Bioética, que aplican los médicos de la muestra en su práctica asistencial.

V.1 Consentimiento informado

El **dominio N°8** incursionó sobre los **objetivos del consentimiento informado**, incluyendo dos alternativas más apropiadas: **“Proteger los derechos del paciente” (43 %)** y **“Brindar información adecuada”(44 %)**. Ambas respuestas definen el respeto por el principio de autonomía que es considerado por Diego Gracia dentro de la ética de máximos (11). Los entrevistados seleccionaron estas dos opciones de manera casi exclusiva (**87%**). Los resultados obtenidos no se diferencian demasiado de un trabajo publicado en el cual el 95% de los galenos seleccionó entre cuatro opciones la definición correcta sobre consentimiento informado (79).

Sólo el paciente bien informado puede decidir correctamente sobre su salud y pedir su consentimiento para una determinada práctica, rechaza la figura del paternalismo médico y es la base actual en la relación médico paciente. La única limitación a la autonomía de un paciente con capacidad de decidir es la autonomía del propio galeno cuando ésta entra en conflicto con la de aquél. Asimismo, es un deber de los médicos solicitar el consentimiento y por lo tanto no debería considerarse como el objetivo primordial. Reducir el proceso de consentimiento informado a una **“Forma de resguardo legal”** empaña el acto médico con un ejercicio defensivo de la profesión; tal como si el profesional sólo buscara su protección y no el mejor interés del paciente. Lo interpretaron así los encuestados pues minoritariamente seleccionaron esta respuesta (12 %).

Frente al **dominio N°9**, se identificó al **consentimiento informado** como **“Un proceso de comunicación entre el médico y el paciente”** de manera predominante (55 %). Todas las teorías modernas del propio acto de consentir hacen énfasis en esa característica, evitando reducir el acto a la firma de un documento que se considera que es la manera de expresar la decisión del individuo que consiente (7,14,16).

La segunda opción más seleccionada fue interpretar al consentimiento como **“La manera de registrar por escrito la decisión del enfermo”** (28 %). No puede inferirse desde esta preferencia que los galenos no hubiesen empleado previamente el diálogo para brindar la información adecuada. Resulta poco probable obtener la firma de un documento sin haber mediado las explicaciones pertinentes. Esta pregunta, al igual que las demás, sólo permitía una respuesta única.

El **siguiente dominio (N°10)**, y **siempre en relación al consentimiento situó al médico frente a la manera de registrarlo para un procedimiento invasivo**. La respuesta fue la que la prudencia y la

legislación indican: **“Por escrito (mediante formulario o similar)” (59%)**. Un grupo menos numeroso que el anterior seleccionó la opción **“Verbal (explica al paciente los riesgos y beneficios y deja constancia en la HC de lo actuado)” (20 %)**. Es observable la selección de esta respuesta pues no ajusta a las disposiciones legales. Hacerlo **“Siempre en presencia de un testigo o familiar”** fue la cuarta por orden de selección **(10%)**. Como no podía señalarse más de una consigna es posible que también lo requirieran por escrito luego de haber brindado la suficiente información al paciente y al tercero. La ley en Argentina establece como una de las excepciones al consentimiento verbal, entre otros, a la realización de procedimientos invasivos, sean de carácter diagnóstico o terapéutico ⁽⁹⁾. Sin embargo, nada expresa la ley con relación a la presencia de familiar o testigo. En cambio, las disposiciones y normas que rigen la investigación en seres humanos indican la necesidad de testigo en caso de incluir poblaciones vulnerables ^(r, s).

El consentimiento verbal o tácito se manifiesta en la cotidianidad de la práctica asistencial. El mero cumplimiento de la prescripción médica, fuere para procedimientos diagnósticos o terapéuticos, expresa el acto de consentir, aunque no se lo registre por escrito.

V.2 El paciente menor de edad y poblaciones vulnerables

La **consigna N°11** fue la única que poseía una sola alternativa correcta y por ende, capacitación formal en bioética para responder. El **asentimiento “Es la voluntad que expresa el menor maduro”**. En el contexto global de respuestas resultó elegida en segundo término **(30%)**. Sin embargo, al analizar por separado los médicos con capacitación

⁹ Ley 26.529/09 Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales de la salud e Instituciones y su modificatoria 26.742/12 (“Muerte digna”)

^r Declaración de Helsinki 2008

^s Disposición ANMAT 6677/10

formal en bioética de quienes no la tenían, demostró la selección óptima en un porcentaje superior por parte de los primeros **(52%)**. La opción **“El médico tratante al reconocer como válido el consentimiento obtenido”** fue la elegida en primer lugar **(42%)**. Puede concluirse, por haber sido la respuesta más elegida, que muchos profesionales médicos consideran erróneamente que el consentimiento de los pacientes menores, debe ser, de alguna manera, refrendado por ellos en la práctica asistencial, denotando tal vez de manera solapada, la figura del paternalismo médico.

Justamente, considerar al menor como incapaz de tomar sus propias decisiones sobre su vida o su cuerpo de modo racional y prudente, evoca la figura del paternalismo (80). El concepto proviene de la cultura griega que consideraba que sólo lo natural es moral considerando a la niñez no totalmente natural. De acuerdo a su ingenuidad y su inexperiencia, los niños no estaban en la plenitud de su carácter y no podían entonces, tomar decisiones morales (80). Ya en el siglo XX ha sido Jean Piaget quien sostiene que la moralidad del niño atraviesa distintas etapas señalando que entre los 11-12 años y hasta los 16 comienzan el reconocimiento y aceptación de normas sociales de convivencia. Kolberg ha aportado lo suyo con relación al desarrollo moral de los niños discrepando con Piaget en que muchos adultos no alcanzan el completo desarrollo de la moral y esto, por cierto no resulta difícil de reconocer en muchos casos. Pero es en la década de los 80 donde comienza a establecerse el concepto de menor maduro (80).

Puede decirse que el ministerio pupilar aplica la teoría del menor maduro cuando existen decisiones de bajo riesgo y gran beneficio dando prioridad a la opinión del menor (80). Surge así el significado de “asentimiento”, que no requiere por cierto la intervención del médico para su validez, ni de la justicia para su legalidad.

Frente al menor maduro que rechaza una determinada práctica, la única posible para su supervivencia (dominio N°12) los encuestados consideraron que “Solicitar la intervención del juez de menores” era la decisión adecuada (42%).

Las decisiones sobre la vida y el cuerpo del niño se han tomado siempre en defensa de su mayor beneficio aunque resulten contrarias a sus deseos y por ello los conflictos entre autonomía y beneficencia, cuando de menores se trata, se han resuelto en favor de la última (80). La tradición primó en quienes eligieron **“Obrar en consecuencia con el principio de beneficencia” (29 %).**

Es fácil deducir que el mayor beneficio puede no coincidir con la escala de valores de un menor maduro y surge inmediatamente el problema de resolver quién de los actores define cuál es el “mayor beneficio”. Esta decisión ha recaído por lógica en los padres y así lo señalan diversos códigos civiles incluido el de Argentina, que hablan de patria potestad y de tutela del menor no emancipado. En el caso que los padres no interpreten bien el concepto, el juez tiene autoridad para suspender la patria potestad salvaguardando al menor, pero éste no era el caso de la pregunta de marras. Por otra parte, se ha considerado por siglos que el encargado de definir la conducta más beneficiosa para el paciente es el médico, que detenta por su formación académica, un claro conocimiento de la mejor opción frente a la enfermedad (80). Sin embargo, no puede soslayarse que la familia comparte tradiciones, cultura, valores y principios que definen un estilo de vida y conductas consideradas beneficiosas o, por contrapartida, el rechazo a determinadas prácticas que se oponen a su escala de valores morales o religiosos. Desde finales del siglo pasado se entiende que ni la sociedad, el médico, la familia o el juez puede disponer el mayor beneficio de la persona sino más bien, protegerla de la maleficencia o perjuicio que pudiera acontecerle por una inadecuada decisión (80).

Se entiende que la familia posee naturalmente la decisión subrogada para elegir por el menor, en particular antes de los 12 años de edad. El estado debe velar para que no se excedan los límites en perjuicio del mismo (80). **“Acatar la decisión de los padres, aunque se contraponga con la del menor” (21 %)**, seleccionada en tercer lugar, puede interpretarse como el amparo a las pautas de conducta que rigen las decisiones en la gestión privada que atañe al ámbito familiar.

De la lectura de las disposiciones legales en la Argentina se desprende que los menores maduros poseen capacidad para decidir sobre su propio cuerpo, La ley de protección integral de los derechos de niñas, niños y adolescentes establece entre las garantías mínimas *“que su opinión (la del menor) sea tomada primordialmente en cuenta al momento de arribar a una decisión que lo afecte”* ([†]). De esta manera el ministerio pupilar intenta evitar la judicialización de la minoridad en cuestiones de salud, tal como en otros asuntos atinentes a la infancia. Es aquí donde los comités de bioética asistenciales deben hacer su aporte para acompañar a los involucrados en el acto médico y, con adecuado funcionamiento, deben brindar apoyo y contención tanto al profesional, al paciente y a los terceros intervinientes pero bregando particularmente para que la atención se haya realizado *“centrada en el paciente”* (81).

No es poco el alivio percibido al reconocer que sólo el 8% de los participantes se inclinó por **“Respetar la decisión del menor”**, que en los términos del planteo (*“la única posible para su supervivencia”*) equivaldría a *“dejarlo morir”*.

Las tres opciones que respondían al **dominio N°13 sobre población vulnerable** eran veraces, pero una de ellas era la más completa: **“Individuos en desventaja educativa, social, cultural o de otra índole”** donde por supuesto quedan incluidos los menores de edad y

[†] Ley Nacional 26061. Argentina.

los incapaces de dar su consentimiento. Los encuestados no dudaron al seleccionar dicha opción de manera predominante **(92 %)**.

El concepto de población vulnerable es probable que haya encontrado mayor repercusión en el ámbito de la investigación en seres humanos donde todas las disposiciones, comenzando por la Declaración de Helsinki con su carácter rector de las mismas, señalan la necesidad de proteger a estos grupos: *“La investigación en poblaciones en desventaja o vulnerables sólo deberá ser llevada a cabo si se adecua a sus necesidades prioritarias y si la comunidad se verá beneficiada por los logros de dicha investigación”* ⁽⁴⁾. En el concepto más amplio puede entenderse a los vulnerables como grupos sociales que no poseen capacidad resolutive en el sistema social a pesar de estar organizados y poseer códigos comunicantes propios (82). Por lo tanto engloba a los sujetos en cualquier condición de desventaja frente a los grupos sociales dominantes y por ello a los menores de edad y a los incapaces de consentir se agregan otros individuos tales como homosexuales, indígenas, embarazadas, entre algunos más. Es importante reconocer que el estado de enfermedad, tanto más cuánto más invalidante o crónica resulte, coloca al ser humano en esta condición.

V.3 Secreto y veracidad

Las opciones propuestas para responder al **dominio N°14 señalaban las bases morales sobre las cuales puede considerarse que se sustenta el secreto médico**: el respeto a la autonomía del paciente, el acuerdo de confidencialidad implícito en la relación y la confianza de la sociedad en la reserva de la profesión (45). Aunque algunos autores esbozan que es el respeto a la autonomía del paciente el pilar del secreto médico, no puede soslayarse que la sociedad confía en

⁴ Declaración de Helsinki. 2008.

la discreción de los profesionales de la salud para mantener en reserva lo que conocen bajo el ejercicio de la profesión y por otra parte, la relación entre el galeno y el enfermo puede enmarcarse en la figura jurídica del contrato, donde el segundo otorga al primero información de su propiedad (sólo el paciente es el titular de la historia clínica) para que la utilice con el único fin de la asistencia sanitaria (44,45). De esta manera lo interpretaron los profesionales participantes y dividieron sus opiniones, aunque de manera asimétrica, seleccionando mayoritariamente **“El pacto de confidencialidad implícito en la relación médico paciente” (66 %)** seguida por **“El respeto a la autonomía del paciente” (23 %)**.

Vale recordar que la confidencialidad es interpretada por el Dr. Mainetti como una de las tres reglas morales que el profesional médico debe seguir, dando igual categoría que a la veracidad y al consentimiento informado (24). Entendiendo a la autonomía como el respeto a la decisión libre y voluntaria del paciente (consentimiento informado) puede inferirse que los encuestados aplican en su práctica dichas reglas morales, tal vez de manera natural, considerando que sólo un tercio de la muestra poseía capacitación formal en bioética o en una disciplina afín.

El **dominio N°15** interrogaba acerca de **la justificación de informar la verdad al paciente**. Los encuestados se inclinaron de manera preferencial por la alternativa **“La revelación franca de la información ayuda al paciente a tomar decisiones sobre su propia vida” (65 %)**. Esta premisa vuelve a evocar el principio de autonomía. Le confiere al enfermo la posibilidad de ordenar sus cuestiones personales atento al curso evolutivo de su enfermedad, particularmente si ésta tiene un pronóstico ominoso o limitante de sus capacidades en un tiempo determinado.

La información es fuente de poder. En el caso del paciente, poder para decidir sobre su propia vida.

Tradicionalmente la verdad se ha asociado también a la confianza y fidelidad, y reconoce este concepto posiblemente un origen judeocristiano (38). La cualidad de verdadero de un individuo se asocia, no a su capacidad de develar lo que está oculto, sino a que es confiable así como la de falso se define como *incierto y contrario a la verdad (DRAE 22^a edición)* y presupone que no es fiel o digno de confianza.

Un trabajo español demostró que alrededor del 40-70% de los enfermos con cáncer conocían la naturaleza maligna de su enfermedad aunque sólo un 25-50% habían sido debidamente informados. El mismo equipo observó que cuando los pacientes conocían su diagnóstico hablaban del mismo con una mayor frecuencia que cuando lo ignoraban (83).

Es menester entonces, que los profesionales médicos acerquen la verdad a sus pacientes de la manera que éstos puedan comprenderla. La información que se recibe de manera indirecta puede no ser la adecuada y genera en el enfermo sentimientos de desconfianza hacia el equipo que lo atiende. Justamente y relacionado a ello la segunda premisa más elegida fue **“La confianza entre el médico y el paciente es fundamental para la práctica de la Medicina” (30 %)**. Con muy escasos adeptos se posicionó **“La incertidumbre de la ciencia médica debe ser compartida con el enfermo” (5 %)**. La escasa selección de esta alternativa parece expresar que el médico se encuentra sólo frente al dolor que no puede evitar y aunque conoce la falibilidad de la ciencia, no por ello comparte con el paciente dicha realidad.

A pesar que la experiencia médica reconoce las demandas de los familiares para ser ellos los primeros en conocer la enfermedad y el pronóstico, ninguno de los encuestados adjudicó importancia a este conflicto con la familia como un factor para entorpecer la veracidad en la información brindada a los pacientes. Cada enfermo desea saber cierta información y nada más. Al médico le compete la veracidad en lo que exprese. Es razonable empero, considerar el derecho a la no información

que se suscita en algunos pacientes. Por otro lado, el conocimiento de la verdad objetiva transmitida por el profesional debe ir respaldada por una garantía de acompañamiento que confiera al enfermo la certeza que no transitará solo la senda final.

En relación al mismo tema sobre la transmisión de la verdad a los pacientes, se presentó la **consigna N°16** que intentó **conocer la percepción de los médicos con relación a la dificultad de informar “malas noticias”**. La elección se distribuyó proporcionalmente entre las cuatro opciones sin diferencia significativa a favor de alguna de ellas. Por orden de selección la **“Incapacidad para brindar contención adecuada al paciente”** ocupó el primer lugar (**31 %**). A confesión de parte, relevo de pruebas. No es por tanto menester entonces, justificar lo que muchos pacientes invocan al seleccionar a un determinado profesional para que los acompañe cuando la ciencia ya nada pueda aportar o quienes directamente optan por desdeñar el cuidado de los galenos, o de las instituciones médicas, eligiendo la propia casa para esperar la muerte. La respuesta **“El fracaso de la Medicina (en relación a lo falible de la ciencia)” (26 %)** fue sólo por tres puntos superior a la opción siguiente: **“Ser el responsable médico de la situación”**. Algunos de los trabajos que encuestan médicos y su capacidad para transmitir malas noticias, no señalan esta causa pero tampoco parecen haber indagado sobre ella (38,43). Sin embargo, cuando se revisa algún análisis objetivo de las condiciones que dificultan la transmisión de malas noticias, la falla terapéutica se vive como un fracaso (84).

La selección recayó en tercer lugar sobre **“Ser el responsable médico de la situación” (23 %)**. La bibliografía consultada asocia esta situación a las causas de dificultad al momento de informar la verdad (42,43,84). **“Enfrentar la idea de la propia muerte” (20%)** ocupó el cuarto lugar pero apenas tres puntos por debajo de la anterior. Además de esta última apreciación, se agregan otros miedos que pueden generar

problemas para dar la información tales como los miedos a la demanda legal, a causar dolor, a lo desconocido, al dolor empático, a expresar las propias emociones y a decir “no sé”. Es observable que a través de su vasta formación el médico no recibe preparación para la comunicación y en particular para informar malas noticias (85).

V.4 Al final del camino

El **dominio N°17** situó al galeno frente **al paciente terminal con total conciencia y que padece dolor (incoercible) o severa incapacidad y con independencia de la legislación, tal como si todas las conductas estuvieran legalmente permitidas**. Las respuestas se polarizaron (66% cada una) en **“Eutanasia voluntaria pasiva (entendida como la suspensión de todo tratamiento que pueda prolongar la vida del sujeto)”** y **“Limitación del esfuerzo terapéutico”**, ambos con el consentimiento del paciente o los familiares. En un trabajo similar pero planteado a la manera de casos clínicos el 44% de los médicos se inclinó hacia *“retirar todo”* (tal el texto de la opción en un paciente terminal que se encontraba en ventilación mecánica asistida y accediendo a la petición familiar), pudiéndose comparar la conducta con la esbozada en la primera premisa *“Eutanasia voluntaria pasiva”* (86). En el mismo trabajo la pregunta también contaba con la opción sobre la limitación al esfuerzo terapéutico expresada como *“suspender todo, salvo la ventilación”*. No se indicaba sin embargo, la frecuencia de selección de esta respuesta (86).

La casuística aquí presentada mostró que sólo cuatro galenos estarían dispuestos a que sus pacientes emulen a Ramón Sampeder (v) a través del **“Suicidio asistido” (2 %)** y ninguno eligió **“Anticipar la muerte del paciente sin que él lo solicite”**, expresando el rechazo a lo que puede interpretarse como homicidio por piedad.

^v Sampeder, Ramón. http://elpais.com/tag/ramon_sampeder/a/

La **consigna N°18** recabó información **sobre necesidad de sancionar alguna ley en la Argentina que regule la atención de los pacientes al final de la vida**. Debe señalarse que al momento de responder la encuesta la ley nacional modificatoria de los derechos del paciente no había recibido sanción. Como se explicó páginas atrás, esta ley vigente desde el 09 de mayo de 2012, contempla la figura de “muerte digna” que ha sido expresada como la posibilidad del paciente terminal de decidir no recibir soporte vital de ningún tipo a fin de no prolongar el sufrimiento. Incluso puede entenderse como acortar el sufrimiento pues permite al enfermo solicitar la suspensión inclusive de nutrientes o hidratación. La ley de la provincia de Córdoba (tampoco sancionada al momento de la encuesta), en cambio, no contempla dicha medida, pareciéndose más a la limitación del esfuerzo terapéutico que a la eutanasia.

Los participantes coincidieron en su mayoría con lo que fuera luego establecido en ambas leyes, reconociendo como opción válida la sanción de una **“Ley de voluntades anticipadas” (55 %)**. Es interesante observar que frente a la opción de sancionar leyes la opinión favorable con respecto a **“Legalizar la eutanasia (ayudar al paciente a morir cuando éste lo solicite)”** creció ampliamente pasando de cuatro médicos que lo eligieron frente al paciente terminal a treinta y dos con relación a promulgar una ley que lo ampare. El número de profesionales mencionados corresponde al **23%** que lo sitúa doce puntos por debajo de un trabajo español recientemente publicado que incluyó una pregunta similar. En la encuesta española, que abarcaba a todo el personal sanitario, la legalización de la eutanasia obtuvo el favor del 70 % de los participantes. Pero al considerar por separado al colectivo médico, sólo el 34% abogó por dicha práctica (87). La lectura completa de dicho artículo abandona al juicio individual interpretar si, de manera diferente al resto del equipo de salud, el médico rechaza la eutanasia o si otros profesionales sanitarios, tal como las enfermeras, que acompañan de manera cotidiana

al enfermo agónico, y ven apagarse la luz en sus ojos, bregan más por acortar su sufrimiento.

Se destaca también que veintisiete médicos que participaron del presente cuestionario, no compartían la necesidad de leyes concretas relacionadas a decisiones al final de la vida y seleccionaron **“No deberían sancionarse leyes que permitan anticipar el fin de la vida” (20 %)**. No se han identificado trabajos con relación a promulgación de leyes que puedan compararse con el aquí reseñado.

V.5 Objeción de conciencia y no atención

Al interrogar sobre la **“objeción de conciencia”** en el **dominio N°19**, las respuestas se inclinaron en poco más de la mitad hacia **“Puede esgrimirse para no realizar una determinada práctica en un paciente, siempre que el mismo pueda remitirse a otro profesional para su tratamiento” (56 %)**. Esto se encuentra en concordancia con lo establecido por las normas de ética que regulan el ejercicio de la profesión y es el pensamiento más claro que surge de la lectura de autores que han escrito sobre el tema (46,47).

La consigna solicitaba la concepción personal frente a la objeción sin mencionar si el ambiente planteado se correspondía con instituciones públicas o privadas. La diferencia de escenario no es menor pues en el ámbito privado puede hacerse valer la autonomía del médico con mayor tranquilidad. Un **14%** de los encuestados lo interpretó de esta manera. Fue la tercera opción en frecuencia de selección. A decir verdad la premisa expresaba **“Puede aplicarse en cualquier circunstancia como expresión de respeto a la autonomía del médico”**, pero dos palabras en la oración pueden limitar gravemente la autonomía del paciente: **“cualquier circunstancia”**. En realidad no en todas las circunstancias el galeno puede hacer valer su autonomía aún en el ámbito privado. Si no

existe otro profesional a quien derivar el paciente, los derechos del médico deberán limitarse por los derechos del paciente.

Las especialidades médicas que se enfrentan con mayor frecuencia a conflictos que obligan a esgrimir el derecho constitucional de la objeción son, en orden decreciente, ginecología, cuidados intensivos, emergencias y psiquiatría. Particularmente estas cuatro disciplinas no ofrecieron representación importante en el total de la muestra y ello podría explicar la inclinación de los resultados. Es dable pensar que los médicos que ejercen las especialidades mencionadas esgriman más asiduamente la objeción de conciencia como expresión de su propia autonomía.

“Puede interferir con los derechos de los pacientes a recibir atención médica adecuada a sus necesidades” (7%) fue seleccionada por diez profesionales que interpretaron justamente el conflicto que se instala entre los derechos del enfermo y el deber del médico. La segunda premisa más escogida, pero con la mitad de adeptos que la primera, fue **“No es un argumento válido, en circunstancia alguna, para privar de atención a un paciente” (23 %)**.

Resulta válido reflexionar en este capítulo de la objeción de conciencia que los avances de la ciencia y los recursos limitados ubican al profesional médico frente a circunstancias que se contraponen con su escala de valores morales sin encuadrar claramente en la figura de la objeción de conciencia. Algunos aspectos relacionados al trasplante de órganos puede situarse en esta misma categoría, como por ejemplo (88):

- Invertir recursos para mantener la viabilidad de los órganos en un individuo muerto para propiciar la donación por parte de los familiares.
- Excluir de la posibilidad de acceder a ser trasplantados a determinados colectivos sociales, por ejemplo los inmigrantes.
- Modificar la lista de espera de los receptores considerando la edad de los mismos, abogando por el acceso de los más

jóvenes, en especial los niños, a procedimientos de este tipo.

- Favorecer la provisión de órganos de donantes vivos (de inmejorable condición clínica) a enfermos debilitados por la falla de un órgano vital, frente a la escasa disponibilidad de órganos de donante cadavérico.

La **premisa N°20** versó sobre **las circunstancias en las cuales estaría menos propenso a dejar de atender un paciente o a no iniciar su atención, presumiendo que el galeno no desea atenderlo y lógicamente, planteado por fuera de la figura legal del “abandono de persona”**. La mayor selección, con poco más de la mitad de los encuestados, recayó en **“Ud. presencia (no participa) un accidente en la vía pública y no hay otro socorrista disponible” (51 %)** afirmando que el deber de auxiliar supera aún el resguardo de la propia integridad. La posibilidad incluso, de ser sindicado como el causante del hecho, no habiendo otro socorrista, por ende sin testigos, no desalentó a los profesionales que se inclinaron a brindar asistencia. La pregunta especificaba la exclusión del marco legal, por lo tanto la obligación de auxiliar a la víctima prevista en las legislaciones de numerosos países, incluido el Código Penal argentino (Cap. VI, art.106), no se supone que pesara para la decisión. Sin embargo, es evidente que la mitad de los profesionales que respondieron consideraron un deber moral ayudar a la víctima desamparada. Borrel y col. expresan algunos de los conceptos esgrimidos a la hora de no auxiliar, tales como la integridad del médico (riesgo de ser acusado como autor del accidente) o la incompetencia de su formación para atender un paciente traumatizado por ejemplo para el médico epidemiólogo (62). Los médicos traumatólogos o emergentólogos no tuvieron representación en la encuesta, por lo tanto no aplicaría la última defensa mencionada para esta casuística. El mismo autor es categórico al expresar que abandonar un accidentado es reprobable para

el ciudadano común, “mucho más debe serlo para el profesional sanitario” (62). Fundamenta el comentario sobre los supuestos que aun cuando careciera de la experiencia para la atención, su participación podría evitar el accionar menos idóneo todavía de otros ocasionales pasantes o simplemente limitar su competencia a solicitar ayuda (62).

La premisa elegida en segundo orden fue **“Usted es el médico de un paciente que ingresa a cuidados paliativos” (33 %)**. Las opciones relacionadas a cesar la atención por conflictos con la familia o frente a pacientes conflictivos o indiferentes a las recomendaciones profesionales fueron seleccionadas escasamente **(9 % y 7 %)**. Al parecer, el no abandonar al paciente es una de las obligaciones éticas que los médicos asumen de manera habitual para encontrar junto al doliente el mejor consuelo para su enfermedad (89). La profundidad de esta relación puede variar de acuerdo a condiciones particulares del médico, del paciente y la situación clínica a la que se enfrentan (89).

El **dominio N°21** planteó aquellas circunstancias en las cuales **el médico estaría menos propenso a rechazar atender a un paciente**. Algo parecida a la anterior pues situaba la escena por fuera del abandono de persona y/ o el marco de las responsabilidades legales. Es decir, un nuevo planteo moral frente a la derivación de enfermos y considerando igual que el dominio N°20, que el médico no desea atender al sujeto en cuestión. Por amplio margen los médicos optaron por la respuesta **“Existen otros profesionales de su misma especialidad que pueden atenderlo” (70 %)** expresando posiblemente la sensación de no desamparar, sino simplemente evitar asumir la atención pero dejando a otros el cuidado del enfermo no deseado.

“El respeto a la autonomía del médico” (28 %) atrajo las respuestas en segundo lugar pero muy lejos de la anterior. Es probable que, como en otras circunstancias del accionar médico habitual, los derechos del galeno no jueguen un rol importante en las decisiones frente

a rechazar la atención de un paciente. Ya se observó en el dominio anterior que aún en contra de la propia integridad, los médicos suelen anteponer la vocación de servicio. Organizaciones como las de Médicos sin fronteras (^w) pueden dar acabado testimonio de ello.

Que el paciente recurra al galeno por su mayor experiencia o que el mismo sea derivado por un colega tuvieron representación con una sola elección cada una, mostrando que la opinión favorable de los enfermos o de los colegas no inclina la balanza hacia la atención de aquéllos. En una revisión de la literatura disponible no se identificaron planteos similares con relación al rechazo de pacientes en las circunstancias mencionadas y por lo tanto no pueden compararse los resultados.

V.6 La medicina como erogación

El **dominio N°22** incursionó sobre **la forma más adecuada de mejorar la relación costo / efectividad**. La selección se distribuyó prácticamente en igual proporción entre las cuatro opciones propuestas. La mayor atención recayó en **“No demorar la obtención del diagnóstico o el inicio de la terapéutica” (28 %)**. Como la opción contemplaba en sí misma dos vertientes (diagnóstico y terapéutica) no puede reconocerse cual provocó la inclinación de la balanza pero es razonable pensar que ambas van asociadas pues sería irracional iniciar el tratamiento de un padecimiento del cual no se tiene el nombre aún. La premisa seleccionada en segundo lugar (un punto por debajo de la anterior), fue **“Indicar pruebas diagnósticas de manera adecuada” (27 %)**, en coincidencia con la opinión de otros autores que reconocen también en ello una de las maneras de reducir costos en salud (64,65).

“Priorizar los problemas del paciente de manera óptima” (24%) fue elegida en tercer lugar. Mucho se ha declarado sobre la priorización

^w <http://www.msf.org.ar>

de los problemas en salud de manera general para establecer políticas adecuadas que fomenten el acceso equitativo a unas prácticas de calidad y reduzcan las erogaciones (90). En cambio, poco se encuentra al hablar de priorizar los problemas de un paciente particular. Algunos trabajos lo identifican como causa de errores médicos y por ende de generación de mayores costos en salud (91). Como explicación a no priorizar adecuadamente los problemas y a la equivocada solicitud de pruebas diagnósticas, Vázquez Costa y col. han señalado también a los errores heurísticos, además de las deficiencias en los conocimientos de los galenos (91). Se entienden errores heurísticos a los “atajos cognitivos”, es decir fallos en el razonamiento médico. Basten dos ejemplos, entre más de 30 errores heurísticos, que atañen a lo mencionado. El denominado “de retirada de cebras” aludiendo a descartar los diagnósticos raros (“si oyes ruido de cascos seguro que son caballos y no cebras”) y el de “cierre prematuro” que es la tendencia a aceptar como válido el primero de los diagnósticos aún sin que haya sido verificado (91). Puede inferirse de qué manera estos simples errores en el razonamiento cognitivo generarán la no priorización de los problemas (por falta de reconocimiento) y la solicitud de pruebas complementarias de forma inadecuada (91).

Por escaso margen la premisa menos votada fue **“Utilizar los protocolos o algoritmos para atención en los pacientes crónicos” (21%)**. Es claro que cuando se utilizan sistemas estandarizados para la atención de pacientes crónicos y además se los responsabiliza de su autocuidado, mejora la eficiencia de los sistemas de salud y por ende se reduce la utilización de recursos (92).

V.7 Los principios bioéticos

Por último, el **dominio N°23**, en clara alusión a las consideraciones de Diego Gracia sobre **los principios que rigen la deliberación en los conflictos éticos**, solicitó la selección de un par de ellos que

fundamentara el razonamiento de cada uno de los encuestados (¡Error! Marcador no definido.). La clínica y la ética comparten una misma lógica: la deliberación y la prudencia. La toma de decisiones en la práctica de la Medicina se produce tal como en la Ética. Cada enfermo en particular propone al razonamiento del galeno diferentes cursos de acción, aun para profesionales con la misma capacitación es posible que las decisiones adoptadas no sean idénticas. La resolución de problemas médicos y éticos no puede reducirse a una ecuación matemática. La deliberación, la prudencia, el término medio, el razonamiento probable, la toma de decisiones en situación de incertidumbre, se aplica por igual en ambas disciplinas (**¡Error! Marcador no definido.**).

La denominada ética de mínimos por Diego Gracia evoca los principios de no-maleficencia y justicia, es decir aquellas condiciones que hacen a la protección de los individuos en su conjunto. Es la ética del bien social. Puede considerarse entonces a los principios de beneficencia y autonomía como ética de máximos que hacen a la felicidad del individuo y su realización personal (11). Sin embargo, el par **“Dignidad humana y respeto por la vida” (65 %)** fue el escogido como “ética de mínimos” por los encuestados y por ende, es aquello que los encuestados opinaron que debe garantizarse a todos los individuos de manera general.

“Justicia y no maleficencia” (10 %) fue seleccionado por la mitad de quienes eligieron **“Autonomía y beneficencia” (19 %)** asociándose este resultado a la opinión de autores que tampoco coinciden con Diego Gracia con relación a la ética de mínimos. Puede citarse a Manuel Atienza quien cuestiona la opinión de Gracia en su preponderancia de unos valores sobre otros e intenta explicar que matar a alguien (maleficencia) no es moralmente peor que dejarlo morir (no hacerle el bien) (93). Tampoco acuerda que se vincule al Derecho a los principios que se incluyen en la ética de mínimos pues señala que el bienestar y la autonomía de los sujetos se proclaman como valores consustanciales en el derecho de estado social y democrático. José Alberto Mainetti expresa

también que *“la propia voluntad del comportamiento ético no se ve como una dinámica racional manifestada por la aplicación de principios éticos en situaciones difíciles”* (77). Ya se ha mencionado también a Alessio que reconoce los derechos humanos como ética de mínimos (76).

Por su parte, el par **“Veracidad y autonomía”** recibió el menor número de votos (**6 %**). Es probable que tal como expresa Gracia *“todos somos conscientes de que no siempre podemos decir la verdad”* (11). Por lo menos, no resultaría prudente en algunas circunstancias y refiere a lo importante de medir las consecuencias de los actos. Puede entenderse que el razonamiento moral consta de dos pasos, el primero que se corresponde con la norma (deontológico), es decir, lo que hay que hacer; y el segundo con la consecuencia (teleológico) y justifica la excepción a la norma (11). No decir toda la verdad o inclusive mentir, sólo puede justificarse por las circunstancias, como la excepción a la norma y con el único fin de no dañar: *“Si te sientes bien pagado con la paz de un moribundo a quien ocultas la llegada de la muerte... entonces sí ¡Hazte médico, hijo mío!”* (^x).

V.8 Las variables relacionadas

Para finalizar, se señalan observaciones inherentes a los resultados de **las relaciones entre algunas variables como años de ejercicio profesional, capacitación formal en Bioética y la especialidad médica de Oncología.**

Se presumió que la variable **“años de ejercicio profesional desde el egreso”** podría presentar modificaciones en las respuesta de los galenos, en especial en algunos dominios que pudieran modificarse

^x Carta de Esculapio a su hijo que pretende emularlo.

con la mayor experiencia profesional. Las tres proposiciones sobre **el consentimiento informado** no mostraron modificaciones significativas.

Otro resultado de entrelazar variables fue que los médicos “más jóvenes” invocaron **la incapacidad para brindar contención al paciente al transmitir situaciones adversas** que aquéllos “más añosos”. Es lógico pensar que esta capacidad se acrecienta con la experiencia.

La variable “**años de ejercicio**” se vinculó también con el dominio acerca de mejorar la **relación costo – efectividad en salud**. Aunque las respuestas en galenos con más de 16 años de ejercicio tampoco fueron diferentes, los mayores tuvieron una tendencia menor a considerar el uso de los algoritmos en pacientes crónicos como una forma de disminuir costos en salud. La literatura revisada propone las cuatro opciones de respuesta en igual jerarquía y no explicita si la edad de los participantes, médicos también, polarizó las opiniones (74).

La **capacitación formal en Bioética** se relacionó a variables que pudieran requerir esta especialización para sesgar la respuesta. La definición de asentimiento fue la única premisa que tenía una respuesta “correcta” y los profesionales entrenados la seleccionaron en un número de veces superior a quienes no poseían capacitación como para obtener valor estadístico. Igualmente estuvieron lejos del 100 % esperado. Por su parte, la selección el par de principios considerado como ética de mínimos no demostró que la capacitación generara más adeptos hacia el filósofo español.

Entre los objetivos también se propuso investigar si ejercer una disciplina como **Oncología** asociada probabilísticamente con la atención más frecuente de pacientes con enfermedades terminales, haría variar las respuestas con relación a las decisiones para el final de la vida. Se buscó entonces la relación de la especialidad con las respuestas a los dominios N°16 (**la percepción que más dificulta la transmisión de una situación**

adversa), N°17 (Paciente terminal con severo dolor o incapacidad con total conciencia) y N°18 (leyes para mejorar la atención de los pacientes terminales). Las respuestas escogidas por los oncólogos no demostraron diferencias notables con respecto a los médicos que ejercían otras especialidades. El único dato diferente fue que no seleccionaron nunca la eutanasia voluntaria activa que sí lo hizo el 3% de los profesionales con una especialización distinta. Asimismo, a pesar que registran un alto número de pacientes que ingresan a unidades de cuidados paliativos, los oncólogos seleccionaron “No abandonar al herido en la vía pública” con similar frecuencia que los demás, como la situación en la que estarían menos propensos a rechazar la atención del paciente, o dejar de hacerlo.

Sin embargo, las similitudes o diferencias obtenidas entre las comparaciones no permitió conjeturas realmente válidas por el escaso número de oncólogos que respondieron la encuesta.

VI. CONCLUSIONES

La vida es breve; el arte largo, la ocasión fugaz;
la experiencia es falaz y el juicio, difícil.

Hipócrates

Si este aforismo tiene valor en la propia práctica de la Medicina, mucha mayor dimensión adquiere frente a los dilemas bioéticos que ella ofrece.

La capacitación formal de los galenos con un enfoque bioético aplicable a la práctica asistencial no puede minimizarse. Sin embargo, el análisis realizado no mostró diferencias importantes en las opiniones de unos y otros. Posiblemente porque el propio y trascendente carácter humanitario de la profesión médica conlleva una actitud ética diferente. Es quizá ese mismo pensamiento moral innato el que inclina la decisión de los jóvenes al elegir a la Medicina como profesión.

El presente trabajo pretendió columbrar la realidad que el médico enfrenta y señalar algunos pocos dilemas de la práctica asistencial que el galeno enfrenta no pocas veces, en soledad. Los planteos abstractos que se han intentado mostrar a través de los distintos dominios y sus posibles resoluciones pretendieron reconocer la reflexión bioética que aún sin cabal conciencia de ello, se activa junto al doliente.

Cada consulta es un nuevo desafío, no sólo científico sino también moral. El acto médico ha dejado de ser *una confianza que se entrega a una conciencia* para resultar en el encuentro de dos seres autónomos, de los cuales la única diferencia está en el tipo de conocimiento que detentan. Aun así, no puede soslayarse el valor de la confianza del paciente en su médico y la irrefutable respuesta a esa confianza que significa la competencia profesional. Es en ese complejo saber médico en el cual el paciente deposita su esperanza.

El abrumador desarrollo de la tecnología ha generado cierto grado de despersonalización del acto médico y muchas veces, frente al paciente, sólo queda el tiempo para hacer lo debido pero no lo necesario. En ese saber hacer naufraga, muchas veces, el enfermo quedando frente a los ojos del médico tan sólo un cuadro mórbido o un caso clínico. Y lo importante no es la enfermedad en sí misma sino la manera en que dobliga a cada enfermo.

Por ello la mirada de la Bioética sobre la práctica asistencial resulta imprescindible para no perder de vista lo necesario. Permite mantenerse activo frente al dolor, y será más seguro que se cumpla entonces el célebre axioma del siglo XIX: *“Curar a veces, aliviar con frecuencia, confortar siempre”*.

VII. ANEXOS

VII.1 Formulario final encuesta:

Información: Esta encuesta está destinada a conocer de manera anónima sus opiniones con relación a algunos aspectos éticos de su propia práctica asistencial. Por favor, responda TODAS las preguntas, seleccione UNA SOLA OPCIÓN. Marque la respuesta que considere que más se aproxima a su pensamiento, considerando que NO HAY una respuesta correcta sino opciones que reflejen su accionar de manera más acertada. Al responder la encuesta Ud. brinda su consentimiento para que los resultados sean analizados y publicados manteniendo en total reserva su identidad. Los datos obtenidos se incluirán en el trabajo final de tesis de Bioética de la Dra. Susana Vanoni (Facultad de Ciencias Médicas - UNC)

1. Edad en años

2. Género

- Masculino
- Femenino

3. Años de ejercicio profesional contados desde su egreso

- 0 - 5 años
- 6 - 10 años
- 11 - 15 años
- 16 o más años

4. Especialidad que ejerce de manera principal:

5. Años de ejercicio de la especialidad principal (Resultarán diferentes a los años de ejercicio profesional, no incluya el tiempo de entrenamiento en la especialidad)

6. Posee entrenamiento formal en Bioética / Ética (Magister, diplomatura, cursos de más de 70 hs)

- SI
- NO

7. Posee entrenamiento formal en una disciplina afín a la Bioética / Ética

- NO
- Psicología
- Teología
- Filosofía
- Otro: _____

8. De acuerdo a su opinión, el objetivo primordial del consentimiento informado es:

- Expresar los deberes del médico
- Proteger los derechos del paciente
- Brindar información adecuada al paciente
- Cumplir con una forma de resguardo legal

9. Ud. entiende al consentimiento informado en general, como:

- Un proceso de comunicación entre el médico y el paciente
- La manera como se registra por escrito la decisión del paciente
- Un formulario a completar antes de procedimientos médicos
- Un documento que muchas veces entorpece la relación médico paciente

10. En la práctica asistencial, antes de realizar un procedimiento invasivo el consentimiento informado debería ser: Responda de acuerdo a la manera que Ud. lo obtiene habitualmente

- Por escrito (mediante formulario o similar)
- Tácito (sólo explica al paciente los riesgos y beneficios del procedimiento)
- Verbal (explica al paciente los riesgos y beneficios y deja constancia en la HC de lo actuado)
- Siempre en presencia de un testigo o familiar

11. Se entiende por asentimiento la voluntad que expresa:

- El menor maduro
- El representante legal de un individuo
- El testigo imparcial

- El médico tratante al reconocer como válido el consentimiento obtenido

12. Frente al menor maduro (14 a 18 años de edad) que rechaza una determinada práctica reconocida y la única posible para su supervivencia, Ud. considera que la conducta más acertada es:(Seleccione con independencia de las disposiciones legales)

- Aceptar la decisión del menor y actuar de acuerdo a su voluntad
- Solicitar la intervención del juez de menores
- Acatar la decisión tomada por los padres, aunque se contraponga a la del menor
- Obrar en consecuencia al principio de beneficencia

13. Ud. considera que el término "población vulnerable" atañe a:

- Individuos en desventaja educativa, social, cultural, económica o de otra índole.
- Sólo los menores de edad
- De manera exclusiva los sujetos incapaces de dar su consentimiento

14. Escoja la opción, que de acuerdo a su criterio, mejor fundamenta la confidencialidad (secreto) en la relación médico paciente:

- Respeto a la autonomía del paciente
- Pacto de confidencialidad implícito en la relación médico paciente
- Confianza social en la reserva de la profesión médica

15. Elija entre los siguientes enunciados el que considera más importante en la justificación de informar la verdad al paciente

- La confianza entre el médico y su paciente es fundamental para la práctica de la Medicina
- La revelación franca de la información ayuda al paciente a tomar decisiones sobre su propia vida
- La oposición de la familia a que el paciente sea informado entorpece la relación médico paciente
- La incertidumbre generalizada de la ciencia médica en sí misma, debe ser compartida con el paciente

16. Entre las siguientes opciones escoja la "percepción" que para Ud. más dificulta la transmisión de una situación adversa (malas noticias) al paciente Considere situaciones hipotéticas en las que no medien conflictos con el paciente y/o dificultades en el diagnóstico

- Ser el responsable médico de la situación
- Fracaso de la Medicina (falibilidad de la ciencia)
- Enfrentar la idea de la propia muerte
- Incapacidad para brindar contención frente al dolor del paciente

17. Frente a un paciente terminal que padece dolor o severa incapacidad con total conciencia, su conducta sería: Considere en la hipótesis que se han agotado todas las medidas terapéuticas posibles y ninguna legislación impide su decisión

- Eutanasia voluntaria pasiva (accede, si el paciente lo solicita, a suspender todo tratamiento que pueda prolongar la vida)
- Eutanasia involuntaria (anticipa la muerte del paciente sin que él lo solicite)
- Limitación del esfuerzo terapéutico
- Suicidio asistido (eutanasia voluntaria activa)

18. De acuerdo a su concepción, elija que resultaría fundamental que se sancionara en la Argentina para mejorar la atención de los pacientes terminales Considere condiciones terminales o de enfermos con invalidez total y definitiva

- Ley de voluntades anticipadas o testamento vital
- Legalización de la eutanasia voluntaria activa (ayudar a morir al paciente cuando éste lo solicite)
- Ayudar a morir a nuestro paciente aunque no lo solicite (eutanasia involuntaria)
- No debería sancionarse leyes que permitan anticipar el fin de la vida

19. Señale la opción que más aplica a sus concepciones personales frente a la "objeción de conciencia"

- No es un argumento válido, en circunstancia alguna, para privar de atención a un paciente
- Puede interferir con los derechos de los pacientes a recibir atención médica adecuada a sus necesidades
- Puede aplicarse en cualquier circunstancia como expresión de respeto a la autonomía del médico
- Puede esgrimirse para no realizar una determinada práctica en un paciente, siempre que el mismo pueda remitirse a otro profesional para su tratamiento

20. Señale en cual de las circunstancias enumeradas estaría menos propenso a abandonar al paciente (continuar atendiendo): El deber de no abandono del paciente al que refiere

el enunciado, es el deber moral (no legal) de proseguir o brindar atención médica a un sujeto aún en circunstancias difíciles.

- Ud. es el médico de cabecera de un paciente que ingresa en una unidad de cuidados paliativos
- Se suscita una relación conflictiva entre Ud. y los familiares del paciente a quien atiende desde hace varios años
- Ud. es el médico de cabecera de un paciente que padece importantes trastornos psicosociales y reiterado incumplimiento de las recomendaciones efectuadas
- Ud. presencia (NO PARTICIPA) un accidente en la vía pública y no hay otro socorrista disponible

21. Indique la situación en la cual estaría más propenso a rechazar atender un paciente (rechazar atenderlo): Se presume que Ud. no desea atender a este paciente por situaciones diversas

- Un colega le deriva un paciente
- El paciente recurre a Ud. por su experiencia y renombre profesional
- El respeto a su propia autonomía permite que Ud. decida a cuales pacientes atender
- Existen otros profesionales de su misma especialidad que pueden atenderlo

22. Escoja de entre las siguientes opciones, la que considera que debería adoptarse para mejorar la relación costo / efectividad en salud: Las opciones han sido seleccionadas de diversas publicaciones que señalan que los errores médicos más frecuentes que aumentan los costos en salud.

- Priorizar los problemas del paciente
- Indicar pruebas diagnósticas de manera adecuada (defecto o exceso)
- No demorar la obtención del diagnóstico o el inicio de la terapéutica

23. La deliberación en los conflictos éticos fundamenta su razonamiento en principios y valores. De la lista seleccione los que Ud. considera como ética de mínimos para adoptar una conducta frente al paciente concreto: Interprete como ética de mínimos aquellos principios que deben garantizarse de manera general para todos los individuos sin excepción.

- Justicia y no maleficencia

- Autonomía y beneficencia
 - Veracidad y autonomía
 - Dignidad humana y respeto a la vida
-

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 Simón Lorda. P, Barrio Cantalejo MI. Un marco histórico para una nueva disciplina: la bioética. *Med Clin* 1995; 105: 583-597. Disponible en: www.eutanasia.ws/hemeroteca/t10.pdf. Consultado: 23/03/2013.

2 Sass HM. El pensamiento bioético de Fritz Jahr. Disponible en: www.aesthethika.org Consultado: 12/07/2012.

3 Roa Castellanos RA, Brauer C. Presentación de la palabra bioética, del imperativo bioético y de la noción biopsicología por Fritz Jahr en 1929. *Revista Bioethikos*. Centro Universitário São Camilo. 2009;3(2):158-170. Disponible en: www.saocamilo.sp.br/pdf/bioethikos. Consultado: 12/07/2012.

4 Siurana JC. La Bioética y los fines de la Medicina. Grupo de trabajo de la Sociedad Valenciana de Medicina y Salud Comunitaria. Disponible en: www.svmfyc.org/grupos/10/. Consultado: 14/07/2012.

5 Couceiro Vidal A: Bioética y medicina actual pp. 3-7 en *Medicina Interna (I)*. Rodés Teixidor y Guardia Masso (eds.), Masson, Barcelona. Madrid 1997. Disponible en: www.revistanefrologia.com/revistas/ Consultado: 14/03/2009.

6 Gracia D. Introducción. La bioética médica. *Bol Of Sanit Panam*. 1990; 108: 374 – 78. Disponible en: www.hist.library.paho.org Consultado: 14/07/2012.

7 Herrero A, Reyes A, Gómez S, Donat E. Valoración del consentimiento informado por médicos y pacientes. Rev Calidad Asistencial 2001; 16: 706-713. Disponible en: www.elsevier.es. Consultado: 16/06/2009.

8 Drane J. Ética Médica, profesionalidad y la competencia del enfermo. Aproximación a la competencia del enfermo. Cuadernos de la Fundación Carlos Grífol & Lucas. Barcelona 2008. Disponible en: www.llevadores.cat/html/publicacions/docs/pdf. Consultado: 25/01/2013.

9 Lain Entralgo P. Ciencia y Ética. Ciclo de conferencias de la Real Academia Española pronunciadas en la Fundación Ramón Areces. Ed. Fundación Areces (Madrid) 1991 p.p.35-58. Citado por Muñoz C F, Cabrera R F. Reflexiones sobre la evidencia en Medicina. Rev. Med Chile 2005;133(10):1252-57. Disponible en: www.scielo.cl/scielo. Consultado: 19/12/2009.

10 Altisent R Bioética y atención primaria: una relación de mutuas aportaciones. Archivos en Medicina Familiar 2006;8(2):863-73. Disponible en: www.redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/. Consultado: 19/12/2009.

11 Gracia D. Ética Médica. Capítulo del libro Medicina Interna Farreras Rozman 13^a Edición. 1996. Disponible en: www.samfyc.es/pdf/GdTBio/201035.pdf. Consultado: 24/06/2012.

12 Grupo Técnico del Proyecto de Bioética para Clínicos del Instituto de Bioética de la Fundación de Ciencias de la Salud. Bioética para clínicos: una necesidad, una iniciativa, una propuesta. Med Clin 2001;

117:16-27. Disponible en: www.doyma.es/revistas/ Consultado: 12/10/2009.

13 Lolas Stepke F. Intercultural Communications and informed consent. Commentary on informed consent in international health research: cultural influences on communication. Biomedical Research Ethics: Updating International Guidelines. A Consultation. Geneva, Switzerland 15-17 March 2000. Disponible en: www.uchile.cl/uchile/download.jsp. Consultado: 25/08/2010

14 Tarodo Soria S. La doctrina del consentimiento informado en el ordenamiento jurídico norteamericano. DS; 14(1). Enero - Junio 2006 Disponible en: www.meubook.com/mod/file/download.php. Consultado: 22/04/2010.

15 Pétrovich A. Una historia jurisprudencial angloamericana: derecho al consentimiento Informado. Rev. del Foro, n.º 4, Colegio de Abogados de Lima, 1997. Citado por: Tarodo Soria S. La doctrina del consentimiento informado en el ordenamiento jurídico norteamericano. DS;14 (1). Enero - Junio 2006 Disponible en: www.meubook.com/mod/file/download.php. Consultado: 22/04/2010.

16 Simón Lorda P. El consentimiento informado, Triacastela, Madrid, 2000. pp. 48-66. Citado por: Tarodo Soria S. La doctrina del consentimiento informado en el ordenamiento jurídico norteamericano. DS;14(1). Enero-Junio 2006 Disponible en: www.meubook.com/mod/file/download.php. Consultado: 22/04/2010.

17 Truog RD. Patients and doctors – The evolution of a relationship. N Engl J Med 2012; 367 (7):581-85.

18 Canterbury vs Spence 464 F2d 772 – 791 (D.C. Cir. 1972). Disponible en http://westgroup.com/store/relatedpdfdownload.aspx_14157.pdf Consultado: 27/04/2010.

19 Klove CA, Di Boise SJ, Pang B and Yarbrough WC. Informed Consent: Ethical and Legal Aspects. Thoracic Surgery Clinics 2005;15:213-19.

20 Vázquez Ferreyra RA. El Consentimiento Informado en la práctica médica. Disponible en: www.sideme.org/doctrina/articulos/ci-ravf.pdf / Consultado: 27/04/2010.

21 Simón Lorda P. La capacidad de los pacientes para tomar decisiones: una tarea todavía pendiente. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq 2008 ; 28(2): 327-350. Disponible en: www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=. Consultado: 27/04/2010.

22 Sánchez González MA. Consentimiento informado: un derecho del enfermo y una forma distinta de tomar las decisiones. Artículo tomado de los Cuadernos del Programa Regional de Bioética N° 2 Abril de 1996 – Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: www.colmed2.org.ar/images/code02.pdf. Consultado: 21/04/2010.

23 Celi Requena, R. Implicancias ético legales de la profesión de enfermería. Consentimiento informado. Colegio de Enfermería del Perú. Disponible en www.cejunin.com/ Consultado: 21/04/2010.

24 Mainetti J A. Bioética sistemática. Editorial Quirón 1991. Disponible en: www.elabe.bioetica.org/42.htm. Consultado 24/06/201.

25 Pellegrino E D. La relación entre la autonomía y la integridad en la ética médica. Disponible en: www.bibliomed.com/biblioteca/paho/bioetica. Consultado: 22/04/2010.

26 Universidad Alberto Hurtado. Consentimiento informado. Investigación y difusión sobre temas éticos en Chile. Disponible en: www.etica.uahurtado.cl/documentos. Consultado: 21/04/2010.

27 Simón Lorda P, Rodríguez Salvador J J, Martínez Maroto A, López Pisa R M y Júdez Gutiérrez J. La capacidad para tomar decisiones. Med Clín 2001;117(11):419-27. Disponible en: www.doyma.es/revistas. Consultado: 25/07/2007.

28 Roth L.H, Meisel A, Lidz CW. Tests of Competency to Consent to Treatment. Am J Psychiatry 1977, 134 (3), pp. 279-284 Citado Lorda P S, Rodríguez Salvador J J, Martínez Maroto A, López Pisa R M y Júdez Gutiérrez J. La capacidad para tomar decisiones. Med Clín 2001;117(11):419-17. Disponible en: www.doyma.es/revistas. Consultado: 25/07/2007.

29 Grisso T, Appelbaum PS. The MacArthur Treatment Competence Study. III. Abilities of patients to consent to psychiatric and medical treatments. Law Hum Behav 1995;19:149-74. Citado por: Appelbaum PS. Assessment of Patients' Competence to Consent to Treatment. N Engl J Med 2007;357:1834-40.

30 Siurana Aparisi JC. Ética de las decisiones clínicas ante pacientes incapaces. Veritas 2006;15:23-44. Disponible en: dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2160713.pdf. Consultado: 23/01/2013.

31 Espinosa Almendro JM, Muñoz Cobos F. Aproximación a la evaluación de la competencia en personas mayores. FMC. 2011;18:246-5. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo>. Consultado: 18/01/2013.

32 Gracia D, Jarabo Y, Martín Espíldora N, Ríos J. Proyecto de Bioética para Clínicos del Instituto de Bioética de la Fundación de Ciencias de la Salud. Toma de decisiones en el paciente menor. Med Clin 2001; 117: 179-190. Disponible en: www.doyma.es/revistas. Consultado: 12/12/2009.

33 Sánchez Jacob M. El menor maduro. Bol Pediatr 2005; 45: 156 – 60. Disponible en: www.sccalp.org/boletin/193/BolPediatr. Consultado: 10/07/2012.

34 Maglio I. El derecho de los niños y adolescentes a recibir información y participar del consentimiento informado en Reumatología. Rev Arg Reumatol 2009; 2: 9-12.

35 Ogando Díaz B, García Pérez C. Consentimiento informado y la capacidad para decidir del menor maduro. Pediatr Integral 2007;XI(10):877-83.

36 Kemelmajer de Carlucci A. El derecho del menor a su propio cuerpo. Citado por: Piedras Quintana FG. Sobre el derecho de los

niños a donar sus órganos para trasplante. Disponible en: www.revistapersona.com.ar/Persona39/39Piedras.htm# Consultado: 14/11/2012.

37 Villarino H. El problema de la veracidad en la relación médico paciente. La posición de Jaspers. Revista de medicina, bioética y filosofía. Universidad de Chile. Disponible en: www.medicinayhumanidades.cl/ediciones. Consultado: 25/11/2009.

38 Barbero J. El derecho del paciente a la información: el arte de comunicar Anales Sis San Navarra 2006; 29: 19 – 27. Disponible en www.scielo.isciii.es/pdf/asisna/v29s3/original2.pdf. Consultado: 16/02/2013.

39 Rubio Arribas V, Sanpedro Martínez E, Zapirain Sarasola M, Gil Benito I, Ayechu Redin S, Tapiz Ibáñez V. Diagnóstico cáncer: ¿queremos conocer la verdad? Aten primaria 2004; 33 (7):368–73. Disponible en: www.elsevier.es Consultado: 30/04/2011.

40 Maglio F. Relación médico paciente. Disponible en: www.nefrodial.org.ar. Consultado: 16/02/2013.

41 García Díaz F. Comunicando malas noticias en Medicina: recomendaciones para hacer de la necesidad virtud. Med. Intensiva 2006;30(9):452-59. Disponible en: www.scielo.isciii.es/scielo. Consultado: 24/02/2013.

42 Bascuñán ML. Comunicación de la verdad en medicina: contribuciones desde una perspectiva psicológica Rev Méd Chile

2005; 133: 693-698. Disponible en: www.scielo.cl/scielo.php?pid= art. Consultado: 23/11/2011.

43 Trujillo Matienzo C. Comunicación de malas noticias a pacientes con enfermedades neurodegenerativas: habilidades del personal médico. Rev Latinoam Bioet 2009; 9: Disponible en: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid>. Consultado: 23/02/2013.

44 Foyo R. El secreto profesional como elemento del acto médico. Revista Sideme. Número 3. Enero-Marzo, 2010. Disponible en <http://www.sideme.org/revista/num3/>. Consultado: 16/02/2013.

45 Delgado Marroquín MT Confidencialidad y secreto profesional. Instituto de Bioética y Ciencias de la Salud. Disponible en www.institutodebioetica.org/ Consultado: 15/12/2009.

46 Savulescu J. Conscientious objection in Medicine. BMJ 2006;332:294-97.

47 Charo RA. The Celestial Fire of Conscience — Refusing to Deliver Medical Care. N Engl J Med 2005; 352: 2471 – 73. Disponible en: <http://www.nejm.org/medical-article-index>. Consultado: 16/12/2009.

48 Torralb F. Morir dignamente. Bioética y debate 1998; 3(12):1-6. Disponible en www.bioetica-debat.org. Consultado: 28/01/2013.

49 Jimenez Garrote JL. Los fundamentos de la dignidad humana de la persona. Bioética. Enero/Abril 2006. Disponible en: www.bioética.org/revista/61/611821.pdf. Consultado: 28/01/2013.

50 Andruet AS (h). La declaración universal sobre bioética y derechos humanos y la dignidad humana. En *Bioética y Derechos Humanos*. Córdoba, Argentina. EDUCC 2007. pp 28-85.

51 Kübler Ross E. La rueda de la vida. Disponible en: www.wordpress.eldedoenlallaga.com/category/elisabeth-kubler-ross/
Consultado: 28/01/2013.

52 Simón Lorda P, Barrio Cantalejo IM, Alarcos Martínez FJ, Couceiro A, Barbero Gutiérrez J y Hernando Robles P. Ética y muerte digna: propuesta de consenso en el uso correcto de las palabras. Disponible en: www.eutanasia.ws/hemeroteca/psimonpalabras.pdf. Consultado: 23/02/2013.

53 Hooft PF, Picardi GJ. Bioética y derecho. El consentimiento informado en la Jurisprudencia Argentina. *Revista Latinoamericana de Bioética* 2006;10:1-58. Disponible en: www.redalyc.uaemex.mx. Consultado: 25/01/2013.

54 Medina G, Senra ML. Aspectos legales de la eutanasia. Disponible en: www.ebookbrowse.com/aspectos-legales-de-la-eutanasia-pdf
Consultado: 23/06/2012.

55 Diario Clarín. Argentina se suma a una pequeña lista de países que permiten la muerte digna. Edición 09/05/12. Disponible en www.clarin.com/sociedad/Argentina-sumara-pequena-paises-permiten_0_697130542.html. Consultado: 22/06/2012.

56 Vázquez Rocca A. La asistencia médica descubre sus límites. Bioética. Guía internacional de la Bioética 2008. Disponible en <http://www.bioeticas.org/bio>. Consultado: 15/12/2009.

57 Cabré Pericas L, Solsona Durán JF. Grupo de Trabajo de Bioética de SEMICYUC. Limitación del esfuerzo terapéutico en medicina intensiva. Med Intensiva 2002;26(6):304-11. Disponible en www.apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=13036165. Consultado: 22/01/2013.

58 Royés A. Bioética y práctica clínica: propuesta de una guía para la toma de decisiones de limitación del esfuerzo terapéutico. Rev Calidad Asistencial 2005;20(7):391-5. Disponible en: www.calidadasistencial.es. Consultado: 09/07/2012.

59 Iceta M. El concepto médico de la futilidad y su aplicación clínica Pamplona: Departamento de Bioética, Universidad de Navarra, 1995. Citado por Cabré Pericas L, Solsona Durán JF. Limitación del esfuerzo terapéutico en medicina intensiva. Med Intensiva 2002;26(6):304-11. Disponible en www.apps.elsevier.es/. Consultado: 22/01/2013.

60 Betancor JT. La eficacia del testamento vital. Disponible en www.aeds.org/congreso5_10.php. Consultado: 22/01/2013.

61 León Correa FJ. Las voluntades anticipadas: cómo conjugar autonomía y beneficencia. Análisis desde la bioética clínica. Revista CONAMED; 13. Julio–septiembre 2008. Disponible en: www.dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3626424.pdf. Consultado: 22/01/2013.

62 Borrell F, Júdez J, Segovia J L, Sobrino A y Álvarez T. Proyecto de Bioética para Clínicos del Instituto de Bioética de la Fundación de Ciencias de la Salud. El deber de no abandonar al paciente. Med Clin 2001; 117: 262-273. Disponible en: www.doyma.es/revistas. Consultado: 12/12/2009.

63 Levinsky NG. The Doctor's Master. N Engl J Med 1984; 311:1573-75.

64 Qaseem A, Alguire P, Dallas P, Feinberg LE, Fitzgerald FT, Horwitch C, Humphrey L, Le Blond R, Moyer D, Wiese JG, Weinberger S. Appropriate Use of Screening and Diagnostic Tests to Foster High-Value, Cost-Conscious Care. Ann Intern Med 2012;156(2): 147-9.

65 Laine C. High-Value Testing Begins With a Few Simple Questions. Ann Intern Med. 2012;156(2):162-3.

66 Ortún Rubio V, Pinto Prades JL y Puig Junoy J. El establecimiento de prioridades. Atención Primaria Vol. 27. Núm. 9. 31 de mayo 2001. Disponible en www.econ.upf.edu/~ortun/publicacions/paper3.pdf. Consultado:14/12/2012.

67 Carballo F, Júdez J, de Abajo y Concha Violán F. Proyecto de Bioética para Clínicos del Instituto de Bioética de la Fundación de Ciencias de la Salud. Uso racional de los recursos. Med Clin 2001; 117: 18-23. Disponible en: www.doyma.es/revistas/ Consultado: 12/12/2009.

68 Lede R, Copertari P. Medicina basada en las evidencias. Disponible en: www.iambe.org.ar/MBE. Consultado: 16/07/2009.

69 American College of Physicians Ethics Manual: Sixth Edition. Ann Intern Med 2012;156:73 – 104. citado por Neumann PJ. What we talk about when we talk about health care costs. N Engl J Med 2012; 366:585-6. Disponible en: www.nejm.org. Consultado: 20/06/2012.

70 Laporte JR. Nociones básicas de farmacoeconomía. Disponible en www.icf.uab.es/lilibre/pdf/cap-8.pdf. Consultado: 21/01/2013.

71 Neumann PJ. What we talk about when we talk about health care costs. N Engl J Med 2012; 366:585-6. Disponible en: www.nejm.org. Consultado: 20/06/2012.

72 González García G. Bases del Plan federal 2004 – 2007. Disponible en: www.ginesgonzalezg.com.ar/. Consultado: 22/01/2013.

73 OMS. Declaración de Alma – Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud. URSS 1978. Disponible en: www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm Consultado: 22/01/2013.

74 Costa AM, Sánchez E, Peris V, Pereiró I, Alborch V, López EL. Errar es humano ¿es inevitable? Taller de entrevista Clínica y comunicación asistencial. Oviedo 2006. Disponible en: www.fisterra.com/guias2/fmc/errar_es_humano.pps. Consultado: 23/01/2012.

75 Gracia D. La deliberación moral: el papel de la metodología en ética clínica. Medicina Clin 2001;10:18-23. Consultado: 19/12/2009.

76 Alessio J. Bioética y derechos humanos. En: Andruet AS (h) Bioética y Derechos Humanos. Córdoba, Argentina. EDUCC 2007. pp 15-28.

77 Mainetti JA. El complejo bioético: Pigmalión, Narciso y Knock. En: Mainetti JA. Compendio Bioético. La Plata, Argentina. Ed. Quirón 2000. pp 155-168.

78 Centro de investigaciones sociológicas. España. Disponible en: www.cis.es/cis/opencms/ES/2_bancodatos/. Consultado: 10/07/2011.

79 Lynch Pueyrredón D, Muraciale MB, Del Valle M, Giglio N, Benítez A. Encuesta sobre bioética en un hospital de pediatría. Bases para estrategias futuras. Medicina 2004;64:37-42.

80 Fracapani M, Giannacari L, Bochaty A y Bordín C. Nuevos derechos. En Bioética sus instituciones. Buenos Aires, Argentina. Ed. LUMEN 1999 pp: 383-405.

81 UNESCO Funcionamiento de los comités de bioética: procedimientos y políticas. 2006. Disponible en: www.unesdoc.unesco.org. Consultado el 16/02/2013.

82 Valdebenito C. ¿Qué es población vulnerable? Aspectos bioéticos. Disponible en: www.uchile.cl/uchile/download.jsp?document=76947. Consultado el 16/02/2013.

83 Centeno C, Núñez JM. Estudios sobre la comunicación del diagnóstico de cáncer en España. Med Clin 1998;110: 744-50. Citado por Barbero J. El derecho del paciente a la información: el arte de

comunicar. *Anales Sis San Navarra* 2006;29:19-27. Disponible en: www.scielo.isciii.es/scielo. Consultado: 14/05/2012.

84 Villa López B. Recomendaciones sobre como comunicar malas noticias. *Investigaciones Nure*. Madrid. 2007. Disponible en: www.nureinvestigacion.es/FICHEROS. Consultado: 24/02/2013.

85 Villa López B, García Díaz F, Lorda de los Ríos I. La comunicación de malas noticias. *Asociación española contra el cáncer. Bol Oncol. Teruel. España*. Disponible en: www.boloncol.com/boletin-26. Consultado: 24/02/2013.

86 Iglesias Lepine ML, Pedro-Botet Montoya JC, Gutiérrez Cebollada J, Hernández Leal E, Pallás Villaronga O, Aguirre Tejedo A, López Colomé JL, Skaf Peters E. Análisis ético de las decisiones médicas en el servicio de urgencias de un hospital universitario. *Emergencias* 2000; 12:313-20. Disponible en: www.semes.org/revista/vol12_5/313-320.pdf. Consultado 24/02/2013.

87 Muñoz Camargo JC, Martín Tercero MP, Espadas Maeso MJ, Pérez Fernández Infantes S, Cinjordi Valverde P, León Rodríguez A, Moreno Ortiz J, Huertas Díaz MP. Limitación del esfuerzo terapéutico. Opinión de los profesionales. *Enferm Intensiva* 2012. En prensa. Disponible en: www.elsevier.es. Consultado: 03/03/2013.

88 Busquets Alibes E, Camacho Díaz JA, Cambra Lasaosa FJ, Carrera J, Cusí Sánchez V, Ferrer Salvans P, Gabaldon Frailes S, Nogués Carulla RM, Ordi Fernández J, Plana Borrás J, Bogán Maestre B, Terribas Sala N. Consideraciones sobre la objeción de conciencia.

Bioetic & Debat 2012; 18(66): 2-19. Disponible en: www.bioetica-debat.org/. Consultado: 24/02/2013.

89 Quill TE, Cassel CK. Non abandonment: A Central Obligation for Physicians Ann Intern Med 1995;122(5):368-374.

90 Puig-Junoy J, Pinto-Prades JL, Ortún Rubio V. El análisis coste-beneficio en sanidad. Atención Primaria 2001; 27(6). Disponible en: www.econ.upf.edu/. Consultado: 03/03/2013.

91 Vázquez-Costa M, Costa Alcaraz AM. Cierre prematuro de diagnóstico: un tipo de error evitable. Rev Clin Esp. 2012. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2012.05.012>. Consultado: 03/03/2013.

92 Ministerio de Salud de la Nación. Estandarización de los procesos asistenciales. Calidad en la gestión clínica. Buenos Aires, Argentina 2007. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/pngcam/pdf/>. Consultado: 02/03/2013. O.M.S Control integrado de las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo. <http://www.paho.org/prioridades/pdf/>. Consultado: 02/03/13.

93 Atienza M. Juridificar la Bioética. Disponible en: www.ijf.cjf.gob.mx/cursosesp/2013/bioetica/material/. Consultado: 09/03/2013.