

Especialización en Medicina Legal

Trabajo Final de Especialización

Autora: Julia Vasser

BIOÉTICA

La relación médico-paciente

2009

Citar como: Vasser, J. (2009). Bioética: la relación médico-paciente. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

INDICE

INDICE

1.- INTRODUCCIÓN

2.- RELACION MEDICO– PACIENTE

- 2-1-Concepto
- 2-2- Aspectos Históricos
- 2-3 -Características
- 2-4-Etapas de la Relación médico-paciente
- 2-5-Aspectos éticos

3.- ÉTICA

- 3-1-Concepto
- 3-2-La ética en el Código de ética médica para el equipo de salud
- 3-3-Finalidad de la ética
- 3-4-Aspectos históricos

4.- BIOÉTICA

- 4-1-Concepto
- 4-2-Posición frente a los problemas bioéticos
- 4-3-Los Principios Bioéticos:
- 4-4-Principios:
 - Beneficencia
 - No – Maleficencia:
 - Autonomía:
 - Justicia:

5.-AUTONOMÍA DEL PACIENTE

- 5-1-Concepto
- 5-2-El paternalismo
- 5-3-Antecedentes jurídicos relacionados con la autonomía
- 5-4-Antecedentes ético relacionados con la autonomía
- 5-5-Fundamento del principio de autonomía.
- 5-6-Límites a la autonomía del paciente

6.- DERECHO A LA INFORMACIÓN

- 6-1-Concepto
- 6-2-Deber de informar
- 6-3-Objeto de la información
- 6-4-Fundamentos del deber de informar
- 6-5-La información y la autonomía

7.- FUTILIDAD MEDICA

7-1-Concepto

8.- LA LIBERTAD DE CONCIENCIA

8-1-Concepto

8-2-Antecedentes éticos

8-3-Antecedentes jurídicos

8-4-Límites a la libertad de conciencia

9.- CONSENTIMIENTO INFORMADO

9-1-Antecedentes históricos

9-2-Concepto

Fundamento filosófico del consentimiento

-Fundamentos jurídicos del consentimiento

9-3-Fundamento bioético

Presupuestos del consentimiento informado.

9-4-Situaciones especiales

Urgencia extrema

Minoridad:

Inconsciencia

Alienación mental:

Renuncia voluntaria del paciente:

Privilegio

Autopsia

9-5-Utilidad del consentimiento informado

9-6-Elementos del consentimiento informado

10.- CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFÍA

Textos, Revistas y Trabajos presentados en reuniones científicas.
Códigos, Tratados y Leyes.

1.- INTRODUCCIÓN

Se ha observado, que las distintas comunidades han establecido reglas básicas con respecto al comportamiento del médico y al desempeño de su profesión. Estas reglas consisten en acuerdos entre personas que permiten conformar el accionar profesional en el marco de decisiones conjuntas. Dentro de este marco, existen una gran cantidad de valores, dentro de los cuales hay tres que pueden ser considerados como prioritarios: la libertad, la salud y la educación, los que deben ser garantizados a todos los ciudadanos. (1er. Congreso Médico Social Panamericano – La Habana – 1948)

La libertad, como derecho primordial de las personas que le permitirá realizarse desde su propia estructura, de decidir por sí mismo, de poseer dominio sobre sus propias acciones, pero también como deber que hace que sus actos le sean imputables y deba responder por ellos. Al respecto, como dice Ignace Lepp “libertad y responsabilidad son dos realidades tan estrechamente solidarias, que tenemos el derecho de considerarlas como dos aspectos de una sola y misma realidad existencial. La existencia precia tanto a la libertad en la medida que es libre, porque es responsable de sí misma y de sus compromisos....”.

La salud, es uno de los bienes básicos que el Estado tendría la obligación de garantizar, respetando precisamente la libertad de las personas, indispensable para orientar los principios éticos, y evitando las carencias individuales en la atención de la Salud, ya sea con el fin de acceder a las prácticas diagnósticas, los tratamientos adecuados para las enfermedades y de ser requerida la rehabilitación necesaria. También le correspondería implementar y llevar a la práctica todas las medidas relacionadas con la Salud Pública y la promoción de la Salud incluyendo dentro de esta a las medidas preventivas, haciéndolas accesibles a todos, las actividades legislativas, de investigación, de desarrollo comunitario, de formación profesional y de educación para la salud.

La labor médica pese a las múltiples dificultades que han surgido en el devenir de los tiempos, debe continuar desarrollándose dentro de los preceptos de la ética médica, a pesar de que muchas veces se plantean dilemas de difícil solución, porque de muchas decisiones médicas dependen la dignidad y derecho de la persona humana. Este, el de la Ética, es el único camino; el que protegerá al médico de las agresiones del medio, el que le permitirá su realización personal y profesional y continuar cumpliendo con su compromiso diario con el paciente y la sociedad. La medicina, encarnada en el médico no puede ser concebida como desligada de la ética y la moral.

Si bien, el estado debería garantizar la salud por medio de políticas adecuadas y la asignación razonable de recursos suficientes, los profesionales deberíamos tener la obligación de colaborar en la mejor distribución posible del escaso recurso disponible así como los usuarios del sistema, usarlos de manera responsable. Esto implica una adecuada educación sanitaria de toda la comunidad para que todos podamos tener un desenvolvimiento responsable y ético frente a la problemática de la salud lo que redundaría en una mayor eficacia y eficiencia de la medicina.

La aparición de nuevas tecnologías cada vez más complejas y de nuevos conocimientos, han permitido el desarrollo de técnicas de diagnóstico y tratamiento, que constituyen por un lado una esperanza a lograr una mejor calidad de vida, incrementando la expectativa en el resultado de los tratamientos y una mayor eficacia en las medidas preventivas; pero por otro lado representan una amenaza para la libertad de las personas que no siempre están dispuestas a someterse a los avances técnicos. La técnica debería estar al servicio del Hombre y no al revés para evitar reacciones perjudiciales.

Con el despliegue científico, la biología en general y la medicina en particular crece, se expande, se amplían sus horizontes, surgen nuevos referentes y nuevas preguntas especialmente en el campo de los fenómenos biomoleculares, genéticos y de las estrategias terapéuticas, cada vez más sofisticadas, que se ponen en marcha frente al paciente. El acto médico con su ideal de ayuda, puede desvirtuarse y derivar en situaciones traumáticas y dolorosas para el paciente. La medicina clásica, ciencia caracterizada por exactitud, orden, equilibrio, certeza y con un objetivo claro que es restaurar el orden natural, reparando el daño o curando, por efecto de la revolución biológica de nuestros días, debería plantear un cambio en sus esquemas tradicionales, al modificarse las habituales formas de nacer, procrear, enfermar, morir, con las consecuentes repercusiones culturales. Entonces, desde este lugar, sería fundamental tener muy en claro que es la libertad, la autonomía, la dignidad de la persona, el respeto a la misma, los valores, los objetivos y fines de la vida. Así, se podría evitar caer en la manipulación, en el sentido nefasto de su acepción, es decir, envilecer, degradar o sojuzgar a otros, lo que equivale a afectar el uso de la libertad, limitando el sentido final de la vida de la persona.

Diversos autores, han interpretado a estos avances, tanto en lo tecnológico, como así también en el pensamiento, como un gran impacto en toda la comunidad, ocasionando un cruce entre las ideas, las técnicas y el que hacer. La diversidad de opiniones, ha obligado a un debate que debe mantenerse actualizado en forma permanente con el fin de poder tomar decisiones comunes, sin dejar de respetar al mismo tiempo las concordancias y discrepancias o diferencias entre unos y otros: El que existan distintos

criterios sobre la forma más idónea de resolver una cuestión, no exime de tener que tomar decisiones que den solución a los retos planteados; por el contrario obliga a una mayor y mejor dedicación con el fin de estudiar, comprender, reflexionar y finalmente clarificar la cuestión.

La bioética, es la disciplina que pretende abordar este cúmulo de cuestiones y establecer el marco adecuado para que el debate se pueda realizar en todos los estamentos de la sociedad con el fin de garantizar el progreso de la civilización. Durand (1992) propone dentro de las definiciones: "La bioética es la búsqueda de soluciones a conflictos de valores en el mundo de la intervención biomédica", refiriéndose a que el dialogo desplaza la fe, a la intervención de diversas ciencias para solucionar los dilemas, a resolver lo inmediato y prever conflictos futuros, a tener en cuenta al hombre, la sociedad, sus reglas y valores, con un análisis riguroso, lógico y ordenado.

Esto, tan complejo, solo se puede realizar con la cooperación de todos, buscando no solo soluciones, sino fundamentalmente buenos planteamiento para encarar los problemas en forma integral, respetando la libertad de las personas.

El médico, siempre ha actuado tratando de dar lo mejor de sí, de su sabiduría y formación, con el fin de lograr el mayor beneficio para su paciente, quien permanecía ajeno a las tomas de decisiones médicas. A partir de la Revolución Francesa, con el surgimiento de los derechos individuales, comienzan a modificarse los roles en la relación médico – paciente. El transcurso del tiempo, ha hecho cada vez más notorios los cuestionamientos del porqué la falta de participación de los pacientes en las decisiones médicas. Si bien en el siglo XX, a raíz de las Guerras Mundiales, principalmente la Segunda, hay un notorio retroceso en este campo, es a partir de la década del 60 en que junto con el surgimiento de movimientos reivindicatorios de minorías sociales, se acentúan los reclamos de los pacientes que se revelan contra la "tiranía del experto" luchando para dejar de ser un sujeto pasivo en la relación médico–paciente y constituirse en un sujeto activo con autonomía moral y con derecho a ser consultado en el momento de la toma de decisiones trascendentes para su persona. La relación clínica comienza a horizontalizarse; surge el planteo de que es lo mas beneficioso para el paciente, lo que decimos nosotros, los médicos, desde nuestro conocimiento sobre determinada técnica diagnóstica o terapéutica o lo que dice el paciente desde sus propias vivencias, íntimas y personales? No hay una única respuesta, incluso, lo que para el conocimiento hoy es verdad, mañana no lo será. Lo que esta claro, es que cada uno deberá tomar la decisión que considere apropiada desde sus propios valores y convicciones; el problema es cuando entre ellos surgen conflictos; entonces el planteo es: ¿Cuál es la solución?

2.- RELACION MEDICO – PACIENTE

2-1-CONCEPTO

La relación medico-paciente, no sólo llevará al mejor conocimiento de la enfermedad, sino a la confianza, la comprensión y tendrá un efecto terapéutico importantísimo. Guittón la ha definido como “la razón de ser, el peso y la gloria del acto médico, que lo lleva a una especie de religión”.

El avance de los conocimientos y la super especialización en la Medicina de hoy, podrían hacer olvidar que el ser humano es una persona con cuerpo y espíritu, no solo un órgano enfermo.

Se han observado cambios en la sociedad de personas, que han sido reemplazados por una sociedad de masas donde el consumo es su vertiente económica, así también la medicina personalizada ha sufrido cambios, por el aumento de las exigencias burocráticas tanto para el médico como el paciente, el cumplimiento de horarios preestablecidos, que no toman en cuenta los tiempos del médico ni del paciente, la atención apresurada, el examen clínico insuficiente y el anonimato que por si solo ha sido considerado por la American Medical Association como una falta a la ética médica. La atención apresurada y el examen clínico insuficiente son considerados en el Código de Ética Médica para el Equipo de Salud como falta ética grave (Art. 91) no siendo valedero invocar como justificativo la falta de tiempo por el número de pacientes que se debe asistir.

La masificación de la atención médica, lleva a que el diálogo tranquilo, amable, sincero que debe existir en la relación médico-paciente se transforme en algo ríspido, superfluo, con reproches, con pedidos por parte del médico y a veces, por que no, exigencia por parte del paciente, de mayor cantidad de estudios complementarios con el fin de compensar la desconfianza y la “falta de tiempo” imperante en esta “relación”. No se debe olvidar que el diálogo representa:

- a) Un arma curativa muy importante, que permitirá al paciente saber que puede confiar en el médico y que este lo trata con respeto, como persona
- b) Un factor que influye directamente disminuyendo el grado de litigiosidad que puede surgir del acto médico.

El modelo médico actual daría una importancia desmedida a ciertos aspectos académicos teóricos, a factores económicos o a tecnología sofisticada, aplicada muchas veces injustificadamente. El modelo médico, de esta manera se volvería deshumanizado, frío, posiblemente con la pérdida del médico de su espontaneidad, su capacidad de emocionarse, de apasionarse, de sacrificarse con y por el paciente.

El Hombre, es un complejo somato-psico-socio-cultural. Un complejo funcional, constituido por partes, íntimamente relacionadas entre sí. Un todo en cuerpo y espíritu, una persona integral, interactuando permanentemente en forma armónica y sincrónica consigo misma y con el medio ambiente en el que se encuentra inserto. Por eso, no se lo puede comprender en sus partes aisladas, separado en sus diferentes esferas. Al ser una unidad, las enfermedades, los problemas, no afectan una parte del todo, repercuten en todos ellos por lo que la atención profesional debe ser integral. Esta persona, con todo su potencial creativo, constituye el hombre social que interactúa en y con la sociedad a la que pertenece, manteniendo su individualidad, sus características personales. Por eso, para dar respuestas, la medicina no puede limitarse a la persona humana, tiene que ampliar su actividad hacia la sociedad en la que también está inmersa con el fin de proteger, fomentar, y reparar la salud de la colectividad y estudiar los factores que pueden alterarla o dañarla y tratar de crear mejores condiciones de vida.

2-2-ASPECTOS HISTÓRICOS DE LA RELACION MEDICO-PACIENTE

La relación médico paciente ha evolucionado en el tiempo pasando por distintas etapas.

En época de Esculapio, se regía por el principio de autoridad. El médico decidía por su cuenta sin consultar al paciente en virtud de que por su enfermedad no era libre al tener afectado el cuerpo y el alma.

Con Hipócrates, donde la preocupación se centra mas sobre el paciente que la enfermedad, se desarrolla el paternalismo médico que, con diferentes matices perdura hasta el siglo XX.

En la cultura romana, el paciente acepta sin condiciones las indicaciones del médico porque él es el hombre débil dentro de esa relación. (etimologicamente la palabra enfermo proviene del latín *Infirmus* que significa débil)

A partir de la segunda mitad del siglo XX comienza a desarrollarse la teoría contractual tomando importancia las opiniones del paciente en lo referente a las cuestiones de su salud.

2-3-CARACTERÍSTICAS DE LA RELACION MEDICO-PACIENTE

La relación médico-paciente, es el encuentro entre dos personas, el paciente que debido a una situación aflictiva de su vida se ha transformado en menesteroso y otro hombre, el Médico, capaz de brindarle ayuda técnica; una relación que es habitual, cotidiana para el médico pero que es crítica y angustiante para el paciente.

Por ello debe imperar la sobriedad en el médico, y en el accionar:

- Respetando la persona enferma , su voluntad y autonomía;
- Rectitud en los procedimientos; actuando siempre en beneficio del paciente
- Responsabilidad que implica actuar con diligencia, pericia y cuidado, teniendo presente que el fin no es curar, sino tratar de restaurar la salud,
- Reciprocidad, manteniendo un trato amable y cordial con el enfermo y sus allegados. Siempre se debe recordar que el paciente y sus familiares aprecian y agradecen las explicaciones pese al nerviosismo y angustia del momento que a veces no permite comprender cabalmente, pero ni uno ni otro toleran la soberbia ni la altivez.

En la relación médico-paciente, interactúan dos personas que si bien son distintas desde el punto de vista de su capacitación en lo relacionado con la salud, están en par de igualdad, son iguales en dignidad, derechos y deberes aunque en razón de la enfermedad se encuentren en situaciones diferentes. De este juego de derechos y deberes que se dan en este acto médico surge el consentimiento informado.

El médico debe preocuparse especialmente por la dignidad humana, tanto la suya como la su paciente, independientemente de que este haya perdido, en razón de su estado, parcial y/o temporariamente el uso de su libertad y la capacidad de comportarse con dignidad.

Siempre se tratará de que el paciente sepa que se lo considera persona, que se lo respeta, que se tiene en cuenta su opinión, su libertad. Y cuanto más se de cuenta de esta realidad, tanto más cómodo se sentirá, colaborará mejor y enfrentará con más ganas su tratamiento. Una sensación muy firme de compañerismo impregnará la relación medico-paciente; el paciente se sentirá no solo acompañado, sino acompasado. En este contexto, la relación médico-paciente muestra un doble interés: el de la persona que recibe los cuidados (interés particular o privado) cuyo fin es preservar o recuperar la salud, el de la Sociedad, interesada en que la medicina se practique bien, con resultados cada vez mejores (interés público).

2-4-ETAPAS DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

En ella podemos distinguir:

- Etapa potencial

Comprende todos los actos desde que el paciente toma la decisión de solicitar ayuda técnica, hasta que la visita se concreta

- Primer contacto

En el participan elementos dependientes de:

Enfermo: Al contactar con el profesional, se reavivan en él, sentimientos encontrados, dependientes de diferentes factores: darse cuenta que está dependiendo de otro para solucionar el problema, sensación ambivalente de confianza – desconfianza frente al médico, el concepto y posición filosófica personal frente a la enfermedad, la experiencia anterior ante situaciones similares.

Médico: En el también surgen sentimientos encontrados: su disposición frente al paciente: Amistosa, Científico-natural, Económica-profesional, su idea sobre su formación profesional y su idoneidad lo que le conferirá confianza y seguridad en el actuar, la percepción personal de lo que el paciente piensa de él.

La Enfermedad: toma importancia bajo 2 aspectos: uno dependiente del paciente, la forma en que se sitúa frente a la enfermedad y presenta al médico sus signos y síntoma (petición – exigencia), otra del médico, la forma en que el médico va encontrando la enfermedad. Para que la relación médico-paciente se encamine correctamente, se requiere de la coincidencia de los dos objetivos.

Sociedad: Hay que considerarla por ser el contexto en el que se encuentran e interactúan el médico, el enfermo, la enfermedad.

En el encuentro entre las partes, es importante la comunicación, que comienza con la mirada mutua (momento visual) de la relación medico-paciente. Le sigue la palabra (momento verbal) en donde además de ellas toman significación los silencios, los suspiros, las miradas y los gestos, elementos paraverbales o no verbales de la comunicación (Pittenger y Danehy; Kockett)

El momento visual, es fundamental, porque orientará en la anamnesis y posterior examen físico y sobre todo ayudará a resolver favorablemente la confianza mutua, necesaria para poder continuar. "Para ser buen médico no bastan los conocimientos científicos, hay que saber mirar y ser mirado, hablar y escuchar, respetar los silencios, comprender la significación de los conceptos paraverbales "(Laín Entralgo)

Así, queda constituida la relación médico-paciente con sus cuatro ingredientes:

- Cognitivo (diagnóstico)
- Operativo (tratamiento)
- Afectivo (transparencia)
- Ético-religioso.

2-5-ASPECTOS ÉTICOS DE LA RELACION MEDICO-PACIENTE

En su accionar, al médico no solo se le exige competencia intelectual y profesional. También se le exige competencia ética. Esta surge del ejercicio de virtudes cardinales

como la prudencia, fortaleza, templanza; virtudes morales basadas en el recto obrar independientemente de que esto sea precepto legal, virtudes teologales como fe, la esperanza y la caridad y atributos como el altruismo, compasión y el sacrificio por el prójimo.

De acuerdo con el Código de Ética para el Equipo de Salud, en el trato profesional con el paciente es primordial el respeto de la dignidad de la persona (Art. 75 y 86) y de sus creencias religiosas, no discriminando al ser humano por su pertenencia religiosa, étnica, conducta sexual, ideas políticas, aspecto físico, discapacidades, nivel educativo o económico, enfermedades o por ser emigrante o exiliado (Art. 25 y 57) También es fundamental el respeto del secreto profesional, la confidencialidad y el libre consentimiento informado (Art. 22, 64, 77, 78 y 92); el aceptar la autonomía del paciente (Art. 22 y 100) y el evitar actitudes de condescendencia omnipotente y paternalismo con los pacientes o sus familiares (Art. 93), estableciendo una relación de lealtad, decoro, respeto, comprensión y tolerancia (Art. 89)

3.- ÉTICA

3-1-CONCEPTO

El ser humano, necesita para poder vivir, del encuentro “con otros”, de la compañía de otros seres semejantes; por eso busca vivir en compañía, tiende a reunirse en grupos sociales, comunidades, que para poder funcionar y perpetuarse en el tiempo necesita institucionalizarse. Esto significa que debe adquirir pautas para lograr seguridad en sí mismo y vivir en consonancia con los requerimientos y necesidades del grupo social. Así surgen las normas de convivencia, indispensables para la integridad constitutiva y funcional del grupo y que perfilarán la identidad grupal y el sentimiento de pertenencia de sus integrantes al mismo.

Estas conductas repetitivas y con una finalidad social, son las costumbres, origen de las normas éticas, algunas internas, relacionadas con el individuo de carácter psicológico e inherentes a él; otras externas que corresponden a las relaciones interpersonales, del individuo con el grupo social (normas éticas de funcionamiento).

Algunas son simples convenciones como ser la manera de vestir, el lenguaje, las comidas, etc. que pueden variar de una parte a otra del mundo y con el tiempo. Otras, están mas relacionadas con los valores (lo bueno, lo malo, lo justo, etc.), los ideales, las aspiraciones, los deseos, las metas que se buscan alcanzar como decir la verdad, respetar la vida, la persona humana, honrar a los padres, ayudar al necesitado, actuar con responsabilidad. No parecen depender tanto del capricho temporario, de una manera, sino que están más arraigados y son inherentes al propio ser humano.

“Las Sociedades son grupos de individuos que viven y trabajan juntos y cuya existencia cooperativa es posible gracias a las adaptaciones en la conducta y actitudes de sus miembros. Los sistemas sociales abarcan las pautas ideales mutuamente ajustadas de acuerdo con las cuales se organizan las actividades y la conducta de cada uno de los integrantes de la sociedad.” (Ralph Linton – antropólogo)

Algunos autores señalan que las virtudes éticas tienen su origen directo en las costumbres, hábitos y conductas reconocidos, compartidos y valorados en forma positiva por la Sociedad. Por eso es correcto afirmar que la ética se encuentra en estrecha relación con la época, la cultura y la expresión científica.

El término ética deriva del griego, *ethos*, que significa costumbre. El equivalente latino de la *ethos* griega es la *mos* – *mores* de donde deriva la palabra moral.

La ética es la parte de la filosofía que trata de la valoración moral de los actos humanos tomando como referencia los principios del bien y del mal, para algunos autores, la ciencia de la moral.

La moral es un conjunto de normas y creencias por las que las personas consideran lo que es correcto e incorrecto, bueno o malo, en las acciones humanas. Podría entonces decirse que la ética es a la Moral lo que la Medicina es a la Biología.

Según Kant "Es implícita a la naturaleza del Hombre y está unida estrechamente a la dinámica de la última etapa adaptativa de la evolución material".

La moral, es la ciencia aplicada que permite desde lo espiritual distinguir entre lo bueno y lo malo.

La Deontología, es la disciplina que trata de lo que es justo y conveniente y da normas de acción, fija los deberes del individuo. El término fue utilizado por primera vez por Jeremy Bentham (1748-1832), para titular un libro de moral general ("Science de la Morale). Etimológicamente significa "tratado del deber" y se la relacionó con las normas de conducta características de las profesiones liberales, como la Medicina.

3-2-LA ÉTICA EN EL CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA PARA EL EQUIPO DE SALUD

La ética, de acuerdo con el Código de Ética para el Equipo de Salud, de la Asociación Médica Argentina, "son las guías de la conducta, que basadas en principios morales se orientan hacia una clase particular de acciones dentro de un grupo social específico o cultural en un momento histórico determinado. Plantea cual es el valor de la bondad de las conductas mismas, de lo correcto e incorrecto a condición que ellas sean libres, voluntarias y conscientes. Busca causas universales que logren adaptar los actos humanos al bien universal" (Art. 4 – capítulo 1, Libro 1)

La diferencia de la moral a la que "debe considerarse como el conjunto de reglas universales de la conducta destinada a mantener los fundamentos de convivencia entre los humanos, como si fueran mandatos religiosos. Los actos humanos son el producto de la reflexión y del dominio de la voluntad a diferencia de los actos del hombre que pueden no serlo como es el caso de las acciones llevadas a cabo por fuerzas ajenas a la voluntad." (Art. 3)

3-3-FINALIDAD DE LA ÉTICA

La ética se ocupa de la moralidad de los actos humanos, con el fin de facilitar el recto accionar de la persona, al delimitar la bondad o maldad de los mismos. Así pues, la ética estudia lo que está bien y lo que está mal, lo que es bueno y lo que es malo, en la conducta humana.

No es una ciencia positiva, ya que no describe actos humanos, sino que dice como deben ser; por eso es una ciencia normativa que lleva hasta su último límite al sentido de responsabilidad dentro de los humanos.

Los principios éticos destinados al recto obrar humano se encuentran contenidos en los principios de todas las culturas:

- Haz el bien y evita el mal.
- No hagas a otro lo que no desees que te hagan contigo. (Anacleto, 15,23)
- Tratad a los demás como queráis que ellos os traten a vosotros (Mateo 7, 12)
- Lo que es malo para ti no lo hagas a tus semejantes (Talmud Shabbat 3 id)
- Esta es la suma del deber, no hagas a otro lo que te causaría pena si te lo hacen a ti (Mahabharata 5, 1217)
- No hieras a los demás con lo que piensas que pueden herirte (Uldana Vargas 5,18)

Como se ve, la conducta recta, ética, presente en todas las culturas, se fundamenta, con matices propios a cada una de ellas, en los principios de respeto, rectitud, responsabilidad y reciprocidad.

La ética, hace al comportamiento del hombre como un todo, independientemente de su nivel educacional, actividad o condición social. Por eso, la ética es una sola, única; la misma para todos los miembros de la sociedad. Esto lleva a algunos autores a considerar que no es correcto hablar de ética médica, porque no hay una ética especial para ser aplicada a la profesión médica. Lo que hay, son aspectos éticos relacionados con los actos médicos, con el actuar médico; lo correcto, para estos autores es hablar de Ética en Medicina (Santas - Meeroff)

La ética en medicina, comprende los aspectos éticos de los actos médicos y hacen referencia al accionar del personal de salud:

- Frente al paciente (ética individual)
- Frente a la sociedad (ética social)

No involucra los actos del médico o del personal sanitario en su vida privada, no profesional, que entran en el campo de la Ética General.

3-4-ASPECTOS HISTÓRICOS DE LA ÉTICA EN MEDICINA

La ética en medicina se remonta a los comienzos de la medicina como ciencia.

Ha ido cambiando en el transcurso del tiempo, adoptando distintas figuras según las diferentes situaciones histórico – sociales que ha vivido el Hombre. Así, la Norma o Juez, ha dependido de: La naturaleza, Dios (en sentido monoteísta), La sociedad.

En esta evolución no se han configurado compartimentos estancos. En los diferentes tiempos las tres figuras están presentes, interactuando entre sí, predominando según las circunstancias una sobre otra.

El concepto de Naturaleza, (Phycis) se desarrolló en Grecia. Para los griegos, la naturaleza era la corporeización de la divinidad, theíon. En este sentido, la naturaleza, abarcaba todas las cosas: estaba realmente presente en todas ellas y esta presencia era vital: unas veces dormida; otras, despierta. Estas variaciones tenían carácter cíclico y acontecían conforme a un orden y a una medida: el tiempo (khrónos). Los Sabios (sophoí), eran los que descubrían al Universo y su Naturaleza; los que como dice Aristóteles, "filosofan acerca de la verdad". La verdad es la Naturaleza; por eso, para Aristóteles son sinónimos buscar la verdad y buscar la Naturaleza (Phycis),

En la Phycis, las cosas ocurrían por azar (Tykhé) o por designio inexorable de los Dioses (Ananke). La enfermedad era una alteración de las propiedades de la Phycis y el médico como un servidor de la misma respondía ante las divinidades. Por eso, el médico griego se ve obligado a actuar éticamente reconociendo que hay enfermedades que son producto del designio de los dioses ante las que debe abstenerse de actuar (enfermedad Katánanken) para evitar el pecado de desmesura (Hyhis) y otras, que ocurren por azar en las que puede actuar tratando siempre de hacer el bien, de no perjudicar.

En Grecia, florecieron dos escuelas médicas:

- Cnido, influenciada por la medicina mesopotámica y egipcia, era una escuela eminentemente técnica.
- Cos, basada en la observación directa y ocupándose más del enfermo que la enfermedad, más del pronóstico que de la etiología y el diagnóstico.

De la conjunción de la escuela de Cos, la medicina pitagórica y la medicina de algunos pueblos orientales, principalmente Irán, surge la Medicina Hipocrática.

Hipócrates (460 – 380 AC) en el Corpus Hippocraticum, resume el pensamiento de la Escuela donde se encaran aspectos filosóficos, deontológico, diagnósticos, pronósticos y terapéuticos. Su concepción ética de la medicina se resume en el Juramento Hipocrático y en su principio fundamental: No ser perjudicial para el enfermo. Codifica el arte de curar en cuatro principios: "Ante todo jamás inquietar, siempre que sea posible suavizar, a veces curar pero siempre tranquilizar".

Al surgir la religiosidad monoteísta basada en la existencia de un Dios creador, la doctrina griega de la Phycis es intelectualizada y reformada. Surge el concepto de la potencia absoluta de un Dios único, creador y omnipotente que en uso de su infinita voluntad ordena la naturaleza.

En el pensamiento cristiano, encontramos dos corrientes:

- Mesiánica: Se desarrolla desde los primeros tiempos del cristianismo. Considera a la enfermedad como Obra de Dios y se la interpreta desde la Fe, la Esperanza y la Caridad. La ética es un instrumento vivo, carismático; al enfermo se lo debe ayudar, tratando por caridad de hacer lo mejor por él.
- Teológica: Surge luego de la intelectualización del cristianismo. La enfermedad se considera una alteración de la naturaleza ordenada por Dios y el ser humano no puede ni debe alterar este orden y conformarse y adecuarse a ella. Por eso, la ética es solo un frío código de reglas que carece de los valores mesiánicos.

Durante la Edad Media, coexisten ambas corrientes de pensamiento: la ética teológica destinada a los ricos, poderosos a partir de la cual surgen los diferentes Códigos de Ética (Colección Salernitana, Arquimateo, Arnau de Vilanova. En otras religiones monoteístas: Al-Ruhawi, Al Rizi, Avicena, Mainomides) y la ética mesiánica, reservada para los pobres, es una medicina empírica, en la que no tiene cabida los códigos deontológico. Una medicina en la que más que una ética de la enfermedad se aplica una ética de la muerte ya que su fin es ayudar al enfermo a morir cristianamente reconciliado con Dios, recibiendo mas asistencia religiosa que médica.

Durante el Renacimiento y el Barroco, la sociedad se va secularizando paulatinamente, alcanzando su máxima expresión durante la Ilustración. Se hace notable la separación entre los deberes civiles prescritos e impuestos por la autoridad secular y los religiosos que se relegan a la conciencia moral.

En estos tiempos, el médico cristiano actúa frente al enfermo como si la medicina, no tuviera relación con la religión, como si fuese ajena a la divinidad y a la piedad religiosa, pero en realidad sabe que esta relación existe y que entre ambas hay una unión muy fuerte. Así, surge la deontología cristiana, conformada por un conjunto de reglas prácticas. (San Alfonso María de Liguori – Santo Tomas) que son el sustento de toda la deontología médica de los siglos XVIII, XIX y gran parte del XX. En ella, lo fundamental es el legalismo, es decir, la sumisión a la letra de la Ley. Esta situación persiste hasta mediados del siglo XX, cuando la revitalización fructífera de la Iglesia Católica producto del Concilio Vaticano II hace resurgir los principios humanistas retornándose a la moral carismática, mesiánica de los primeros tiempos.

Por su parte, el médico no confesional, basa su ética dentro de formas distintas:

- Altruista, comparable a la antigua ética mesiánica, bajo la forma de filantropía que fundamenta la actividad técnica y asistencial. Laín Entralgo, distingue dos formas de altruismo: La del médico que concibe al enfermo como persona, como ser natural dotado de inteligencia, de libertad, de conciencia y Aquel que ve en el enfermo su condición exclusivamente natural, motivo de su estudio.

- Bien social. El médico actúa frente al enfermo con el fin de proteger a la sociedad.
- Prestigio personal. El médico se posiciona frente al paciente y actúa buscando su desarrollo y prestigio personal frente al resto de la Sociedad.

Durante este período, se consolida la visión paternalista del médico, que tiende a ennoblecer su figura. El médico es un sujeto activo, omnipotente, el paciente solo se limita a un rol pasivo y a aceptar las decisiones del profesional.

En este contexto, la Sociedad Médica no puede dejar al paciente al albedrío del médico. Surgen, entonces, los Códigos de Ética y la deontología (tratado de deberes) con el fin de regular las relaciones políticas y científicas entre los médicos, los pacientes y la sociedad, más que referirse a la bondad del acto médico.

Con la modernidad, al ganarse los habitantes de las sociedades occidentales el título de "CIUDADANOS" se le reconoce el derecho de poder decidir sobre si mismos y la sociedad que conforman. Comienza a surgir el concepto de autonomía. La persona adquiere la potestad moral de decidir libremente como manejar y ordenar su vida en todos los aspectos mientras no interfiera con los proyectos "vitales" de sus semejantes. Sin embargo, es recién después de la Segunda Guerra Mundial, del inicio de la revolución tecnológica en la medicina durante la década del 50, de la aparición de grupos reivindicatorios de las minorías sociales en la década del 60, el reconocimiento de los derechos de los pacientes y el surgimiento de la bioética en la década del 70 cuando comienza a tenerse en cuenta la voluntad y la opinión del enfermo, tomando jerarquía el principio de autonomía, fundamento del modelo contractual de atención médica.

4.- BIOÉTICA

4-1-CONCEPTO

El término BIOÉTICA, (bios: vida; etiké: ética) nace en los Estados Unidos en la década del 70 a pesar de que la ética médica se remonta a los orígenes de la medicina, tal como surge de la lectura de los escritos hipocráticos.

Se utiliza para designar a la disciplina que estudia y trata de resolver los problemas éticos que surgen del accionar médico así como de otros que afectan directa o indirectamente la vida, la salud y la reproducción de las personas, incluidos aquellos resultantes del campo de la investigación científica.

La Encyclopedia of Bioethics (1978) define bioética como el estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, examinada a la luz de los valores y de los principios morales, señalando el doble objeto del saber ético: el obrar del científico y el obrar del médico (Caffarra, 1994).

Trata de conjugar la biología con la moral en una síntesis paradigmática de ciencia y conciencia, hechos y valores, ser y deber ser.

Dentro de la bioética se incluyen cuestiones de política sanitaria y salud pública, principalmente aquellos referidos a una adecuada distribución de los recursos disponibles, la inclusión en listas de pacientes para realizar tratamientos complejos, etc.

Un dilema bioético se plantea cuando se plantea oposición entre dos posiciones distintas en lo referente a valores y la vida humana.

4-2-POSICION FRENTE A LOS PROBLEMAS BIOÉTICOS

Se conocen distintas posturas y modos de tratar los asuntos bioéticos:

- Tesitura Amoralista:

Es una actitud de negar el imperio del orden moral en la actividad médica o científica.

Se maneja bajo el lema de que "al hombre le es lícito hacer todo lo que pueda hacer" y de que "No hay que detener el avance científico".

- Tesitura Procedimentista:

Sostiene que las normas bioéticas son las que resultan de acuerdos en la sociedad donde se plantean.

Al respecto, T. Engelhardt en su libro Fundamentos de la bioética sostiene que “la ética no consiste en un conjunto de verdades que la sociedad haya de asumir, sino que es un modo de resolver pacíficamente controversias morales mediante acuerdos”. En el mismo sentido, T. Beauchamp y L. Mc Culloch sostienen que “El consenso permite establecer normas aceptables para todos y así se respetan las creencias de todos”.

- Tesitura de la ética Mínima:

Esta corriente sostiene que se deben fijar ciertos límites al accionar médico y científico; que se debe permitir un libre accionar evitando los extremos.

- Tesitura de la situación:

Sostiene que cada caso se debe resolver individualmente sin estar atado a ningún principio o norma. “Las decisiones deben tomarse según la situación y no según el precepto” (J. Fletcher)

Si bien puede ser correcto en el campo moral considerar cada caso en forma individual y acorde a las circunstancias particulares hay que tener presente que en toda situación hay principios de vigencia incancelables.

- Tesitura de la subordinación a los principios bioéticos:

La característica de esta tesitura es el reconocimiento expreso de principios éticos de alcance general que muchos autores asumen y proclaman de manera dogmática como si fueran verdades incontrovertibles.

4-3-PRINCIPIOS BIOETICOS FUNDAMENTALES

Enunciados en el Código de Ética para el Equipo de Salud en el Art. 11 comprende:

- El principio de Beneficencia

Está presente desde siempre en la relación médico-paciente. Es el principio por el cual el médico siempre tenderá en su accionar a hacer el bien, lo que resulte más beneficioso para el paciente.

Según el Código de Ética Médica para el Equipo de salud, es la obligación de hacer con otro aquello que cada uno entiende como bueno para sí.

Su esencia no es nueva. Hipócrates enunciaba “lo primero no hacer el mal”; mas recientemente, la declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial (1949) expresaba “La salud de mi paciente será mi primera consideración”.

- El principio de No – Maleficencia:

Este principio exige evitar hacer el mal físico, psíquico, moral o espiritual, excepto cuando un bien objetivo mayor lo haga necesario (principio del doble efecto); que el beneficio que vaya a recibir una persona sea mayor al perjuicio que podría recibir.

Según el Código de Ética para equipos de Salud de la AMA, es la obligación de no hacer el mal.

De la conjunción de los dos principios, surge el paradigma de hacer el bien con el menor daño posible.

- El principio de Autonomía:

Autonomía es capacidad de autogobierno, propia del hombre, que le permite pensar, sentir, y emitir juicios. Es un principio clave en la relación médico-paciente. Subraya los derechos del paciente sobre sus deberes, da prioridad a la decisión del paciente por encima del criterio clínico del médico.

Este principio, es ejercido por el paciente siempre que sea capaz y goce de la plenitud de sus funciones mentales y exige, entre otras cosas, que la información dada en el consentimiento informado sea clara, precisa, y al alcance de la comprensión de los interesados; que la decisión del paciente esté libre de presiones o alteraciones emotivas que alteren la voluntad y el entendimiento; que en la comunicación profesional haya veracidad, confidencialidad y se suscite la confianza interprofesional. En el Código de Ética Médica se la define como la obligación de respetar la libertad de cada persona para decidir sobre sí y para sí. Se manifiesta a través del consentimiento informado.

El principio de Justicia:

Es el producto de la interacción del médico y con el paciente dentro de una Sociedad con la que también interactúan. Este principio exige actuar promoviendo la equidad en toda situación en que deban distribuirse bienes.

Se refiere a aspectos que hacen que la atención médica sea suficiente, oportuna y adecuada. Incluye los criterios para una distribución equitativa de los recursos y servicios de salud en la comunidad y los criterios para una correcta selección de los enfermos a los que se adjudicará subsidios para recibir determinados tratamientos, inclusión en listas para transplantes, diálisis, etc.

El médico se introduce en la gestión económica, adquiriendo obligaciones como el deber sopesar el costo-beneficio que producirá la aplicación de determinadas técnicas y tratamientos en cada enfermo y la sociedad en general. Lleva al profesional a tener que emitir no solo un juicio médico sino también un juicio de tipo económico-político. Por ello, el médico debe actuar teniendo muy presente este principio de justicia, para mantener una racional proporcionalidad entre los cuidados brindados y el costo de los mismos. Se debe tender a la alternativa menos costosa pero igualmente de eficaz.

Según el Código de Ética para el Equipo de Salud, el principio de justicia es la obligación de la no-discriminación o igualdad en el trato.

Los principios mencionados, no son entes aislados. Se presentan en forma conjunta e interactúan dinámicamente entre sí, entrelazándose. Todos tienen igual jerarquía sin preeminencia de uno sobre el otro. Se rigen por reglas, a saber:

- Veracidad: toda información que se brinda al paciente debe ser veraz y completa.
- Confidencialidad: Los datos obtenidos a raíz de un acto médico no deben ser revelados salvo justa causa. Gozan de la protección del secreto profesional.
- Consentimiento: La decisión sobre cualquier acto médico a realizar debe contar con la aprobación del paciente.

El Art. 92 del Código de Ética Médica para el Equipo de Salud se establece que dentro de las normas que rigen la relación médico – paciente, son de primordial importancia el respeto al secreto profesional, la confidencialidad y el libre consentimiento informando en forma personal o a través de los representantes, cuando la situación lo exija.

5.-AUTONOMÍA DEL PACIENTE

5-1-CONCEPTO

Uno de los derechos de la persona es el de la dignidad. Muchos autores sostienen que el derecho a la dignidad es el primero de todos los derechos, incluso de más valor que el derecho a la vida.

Al decir de Bidart Campos, "la dignidad humana es un derecho que engloba a todos los demás". Para Soto Klon "es el fundamento de los derechos humanos".

La dignidad humana, exige que se respeten las decisiones personales, el propio proyecto o plan de vida, que se respete la capacidad de pensar, reflexionar y decidir de la persona, en la medida que no perjudique a terceros, es respetar la voluntad.

La autonomía es una forma de libertad personal en la que la persona capaz, determina la forma en que va a actuar conforme al plan de vida que ha escogido para sí. Se fundamenta en la capacidad de pensar, decir, reflexionar y decidir de los individuos. La acción autónoma, es una acción libre, racional, una acción personal que no sufre interferencia restrictiva por parte de terceros. Según T Beauchamp y L. Mc. Cullough "La decisión de una determinada persona es autónoma si procede de valores y creencias propias de dicha persona, se basa en una información y comprensión adecuada y no viene impuesta por coacciones internas o externas".

Otros autores (C. Tales García) consideran que no es correcto hablar de autonomía porque este vocablo supone etimológicamente darse leyes a sí mismo, cosa que no debe ocurrir si hay un orden moral donde la voluntad queda subordinada a este. Sugiere que es más correcto hablar de la voluntad que de autonomía.

A la autonomía o voluntad del paciente se opone el "paternalismo" definido con diferentes matices según los autores. Beauchamp y McCullough lo caracterizan por:

- Limitación intencionada de la autonomía de una persona por otra.
- la persona que limita la autonomía lo hace apelando a motivos de beneficencia hacia la otra persona.

Dan Brock, por su parte opina que el paternalismo ocurre cuando una persona por hacer el bien a otra, actúa en contra de sus reales deseos, sin su consentimiento.

5-2-EL PATERNALISMO

Tradicionalmente, la relación médico-paciente fue una relación paternalista donde el médico cumplía el papel de "Padre Bueno" que sabía lo que convenía para sus pacientes que se encontraban en un rol semejante al del inmaduro, diciéndole lo que tenía que hacer sin tener en cuenta si este estaba o no de acuerdo con ello. En este

tipo de relación, el médico ordenaba, solucionaba problemas, tomaba decisiones y el paciente obedecía. La función moral del médico era beneficiarlo, aún en contra de su voluntad. Según este criterio, es aplicable el principio de Beneficencia sin tener en cuenta la autonomía del paciente.

Este principio moral gobernó la ética desde los tiempos hipocráticos y es comprensible que haya sido así si tenemos en cuenta la doctrina naturista desarrollada en la medicina griega. Esta, considera a la enfermedad como una alteración de la naturaleza, que coloca al paciente en una posición de deficiencia física y moral apartándolo del orden natural y tornándolo incapaz. Era deber del médico restaurar el orden natural perdido al ser el conocedor y poseedor del “arte”, la tékhne.

Esta situación de paternalismo médico se presenta cuando un profesional médico tomar decisiones relacionadas con la salud de sus pacientes sin clarificarle su situación real o hacerlo parcialmente o sin consultarlo acabadamente al respecto. Es un patrón de conducta, que muchas veces se lleva acabo en forma inconsciente por parte del médico que tiene una relación muy estrecha con su paciente y otras veces porque considera un deber inherente a su función el tomar las decisiones que considera correctas sin consultar al paciente. Pero también hay que tener en cuenta que muchas veces puede ser una postura cómoda del paciente y su familia que de esta manera se desentienden de sus responsabilidades, dejando todo en manos del médico.

5-3-ANTECEDENTES JURÍDICOS RELACIONADOS CON LA AUTONOMÍA

Un antecedente jurídico importante de la autonomía del paciente es la sentencia en el caso Schloendorff contra la Society of New York Hospitals (1914) donde el Juez Cardozo en su sentencia establece que “Todo ser humano de edad adulta y juicio sano tiene derecho a determinar lo que debe hacerse con su propio cuerpo y un cirujano que realiza una intervención sin el consentimiento de su paciente comete una agresión por la que se puede reclamar legalmente”.

Más recientemente, la Corte suprema de California en el caso Wendland dictaminó: “Todo individuo capaz tiene derecho a la posesión y control de su persona con absoluta libertad de toda restricción o intervención de otro salvo de autoridad legal clara e incuestionable y el derecho a negarse a recibir tratamiento médico es básico y fundamental y no requiere de la aprobación de nadie” ... y sigue “ El derecho a negarse a recibir tratamiento médico tiene vigencia aún en estados de incapacidad si se ejerció mientras la persona era capaz mediante instrucciones formales para la atención médica o por el nombramiento de un mandatario o sustituto que tome las

decisiones.” También dice “Los pacientes incapaces retienen el derecho a que se tomen decisiones médicas apropiadas que tengan en cuenta el interés y deseo del paciente y no el interés del establecimiento de salud, el médico u otro.”

En nuestro país, la jurisprudencia sobre el tema se remonta a 1975, cuando se plantea el primer caso referido a transfusiones sanguíneas en Testigos de Jehová.

Una corriente Jurisprudencial, mayoritaria, entiende que nadie puede ser obligado a someterse contra su voluntad a tratamiento clínico o quirúrgico o examen médico cuando la persona está en condiciones de expresar su voluntad según la apreciación personal del juzgador y no surgiendo que la conducta del paciente configura una forma de suicidio.

Otra corriente jurisprudencial considera que el respeto por la autodeterminación del paciente tiene límites dados por el peligro inminente de muerte al no efectuarse el tratamiento indicado. Esta corriente se fundamenta en que mantener la salud del individuo es una razón de orden público que está por arriba de la voluntad del individuo, queda supeditada a esta y pierde supremacía.

Una tercera corriente jurisprudencial contempla mayores restricciones a la voluntad del paciente. Considera:

- En casos de cirugías delicadas y complejas de resultados finales no del todo claro, siempre se solicitará el consentimiento del paciente.
- En procedimientos terapéuticos sencillos, medidas de profilaxis sanitaria como las vacunas o transfusiones, de éxito probable o seguro para salvar la vida de una persona y evitar su muerte, no se debe respetar la voluntad del paciente cuando este se opone ya que se participaría en un suicidio indirecto.

Al respecto, esta corriente sostiene que es deber moral del hombre preservar su salud y por ende está obligado a aplicarse los medios terapéuticos que no sean desproporcionados.

El Código Civil, con relación al tema considera:

Art. 910 “Nadie puede obligar a otro a hacer alguna cosa, o restringir su libertad, sin haberse constituido un derecho especial para ello.”

Art. 911 “Nadie puede obligar a otro a abstenerse de un hecho porque éste pueda ser perjudicial al que lo ejecuta, sino en el caso en que una persona obre contra el deber prescripto por las leyes y no pueda tener lugar oportunamente la intervención de las autoridades públicas.”

5-4-ANTECEDENTES ÉTICOS RELACIONADOS CON LA AUTONOMÍA

Según sus defensores, el principio de autonomía es prioritario sobre el de beneficencia ya que al ser el paciente una persona moralmente autónoma, no se lo puede beneficiar con decisiones contrarias a su voluntad o libertad de conciencia.

Existen varios documentos de la Iglesia Católica Apostólica Romana debidos en su mayoría a su Santidad el Papa Pío XII quien se ocupó en su momento de los problemas deontológico que se le planteaban a los profesionales de la salud.

Decía "el médico no tiene mas derecho a intervenir que el que el paciente le confiere. El paciente, por su parte, el individuo mismo, no tiene derecho a dispone de su existencia, de la integridad de su organismo, de sus órganos particulares y de su capacidad de funcionamiento más que en la medida en que el bien total del organismo exija." (XVI sesión de la oficina Internacional de documentación militar, 19/11/1953) También afirmaba "El médico, como persona privada no puede tomar ninguna medida ni intentar ninguna intervención sin el consentimiento del paciente. El médico no tiene sobre el paciente sino el poder y los derechos que este le dé, sea explícita, sea implícita y tácitamente. El paciente por su parte no puede conferir más derechos que los que el mismo posee. El punto decisivo es la licitud moral del derecho que el paciente tiene de disponer de sí mismo. Aquí se alza la frontera moral de la acción del médico, que obra con el consentimiento del paciente" (1er. Congreso Internacional de Histopatología del Sistema nervioso. 13/09/1952)

5-5-FUNDAMENTO DEL PRINCIPIO DE AUTONOMÍA.

Se sustenta en el hecho que el paciente adulto y capaz es un sujeto libre, moralmente autónomo, que tiene el derecho de elegir, luego de ser informado y reflexionar, entre las opciones que se le presentan y decidir en todo lo que le compete, relacionado con su salud e integridad física aunque esta decisión lleve consigo el rechazo a un tratamiento "vital". No significa abandonar al paciente a su albedrío; el concepto va mas allá, significa que al paciente se lo debe cuidar y enseñarle como cuidarse a sí mismo en lo referente a la salud. Al aceptar la autonomía del paciente el profesional, implícitamente esta apoyando la abstención médica, esto es la obligación de no mentir, no manipular, no ocultar o distorsionar la información.

5-6-LÍMITES A LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE

En principio, según la doctrina del consentimiento informado, ninguna práctica o tratamiento se puede realizar sin la autorización expresa del paciente. Cuando el paciente capaz se niega a realizar un tratamiento y su salud o su vida están en verdadero peligro, surge en el médico el dilema entre el actuar para curar o respetar

la libertad del paciente. Esta situación es la prueba de fuego de las ideas de libertad y autodeterminación, base de la doctrina del consentimiento informado. Según esta postura, siempre que no se afecten intereses sociales o de terceros se debe respetar la determinación del paciente y esta determinación expresada fehacientemente debe ser suficiente protección para el profesional en caso de ser acusado de negligencia por no haber administrado el tratamiento por cuya omisión se produjo el daño o la muerte. Por el contrario, actuar pese a la negativa del paciente, hace asumir al profesional riesgos unilaterales aunque no exista culpa en la producción del daño.

Los límites están marcados por el principio de no maleficencia, es decir no dañar activa y directamente al paciente o terceras personas y el principio de Justicia (no discriminación)

6.-DERECHO A LA INFORMACIÓN

6-1-CONCEPTO

El conocimiento es fuente de poder. Este se adquiere a través de la información. Al dar información, la persona que lo hace comparte con el otro el poder que emana de ella. Las diferencias entre el experto, poseedor de la información y el profano se aproximan a un plano de igualdad.

Comprende varios aspectos:

- Derecho a ser informado (consentimiento informado)
- Derecho a consultar la historia Clínica. La Historia clínica es un documento esencial del saber médico donde se vuelca información referente al estado de salud de una persona determinada. Esta persona tiene derecho de conocer esa información.

Siempre se plantea la problemática de la titularidad de la Historia Clínica. A quien pertenece?. Si bien no hay consenso al respecto, el derecho sanitario español establece que la propiedad de la Historia Clínica es del Centro de Salud en que se confecciona o del médico de la Consulta particular. Sin embargo, el paciente puede tener acceso a la misma en cualquier momento e incluso obtener una copia de la misma.

- Derecho de no ser informado. El paciente tiene derecho a solicitar que no se le informe sobre su estado de salud o enfermedad o sobre los procedimientos que se van a usar sobre él. (Consentimiento de no-información)

Sin embargo, en nuestro país, la ley de SIDA, (23798) en el artículo 8º obliga a los profesionales a informar al portador o presunto portador a explicar el carácter infectocontagioso de la enfermedad, los medios y formas de transmisión y su derecho de asistencia.

6-2- DEBER DE INFORMAR

Es la conducta impuesta a alguien con él fin de que aclare a otra persona aspectos que conoce y que disminuyen o pueden disminuir la capacidad de discernimiento o de previsión del otro si dichos datos no se suministran.

6-3-OBJETO DE LA INFORMACIÓN

Es poder poner en conocimiento de la otra parte datos suficientes para evitar que esta se encuentre en inferioridad para negociar.

6-4-FUNDAMENTOS DEL DEBER DE INFORMAR

Si bien no existe un sustento legal taxativo relacionado con el deber de dar información, se puede considerar la razón última de este el deber de buena fe como principio general del derecho.

Según Lorenzetti "la ausencia o deficiencia en la información puede generar una aceptación viciada de error lo que determina la nulidad del acto."

Al respecto, el Código Civil establece:

Art. 926 "El error sobre la causa principal del acto, o sobre la cualidad de la cosa que se ha tenido en mira, vicia la manifestación de voluntad y deja sin efecto lo que en el acto se hubiere dispuesto."

Art. 927 " Anula también el acto, el error respecto al objeto sobre que versase, habiéndose contratado una cosa individualmente diversa de aquella sobre la cual se quería contratar o sobre una cosa de diversa especie, o sobre una diversa cantidad, expresión o suma o sobre un diverso hecho."

Art. 928 " El error que versare sobre alguna calidad accidental de la cosa, o sobre algún accesorio de ella, no invalida el acto, aunque haya sido el motivo determinante de hacerlo, a no ser que la calidad, erróneamente atribuida a la cosa, hubiese sido expresamente garantizado por la otra parte, o que el error proviniese de dolo de la parte o tercero, siempre que por las circunstancias del caso se demuestre que sin el error, el acto no se habría celebrado, o cuando la calidad de la cosa, lo accesorio de ella, o cualquier otra circunstancia tuviesen el carácter expreso de una condición."

Art. 1056 "Los actos anulados, aunque no produzcan los efectos de actos jurídicos, producen, sin embargo, los efectos de los actos ilícitos, o de los hechos en general, cuyas consecuencias deben ser reparadas."

6-5-LA INFORMACIÓN Y LA AUTONOMÍA

La autonomía del paciente esta condicionada por la información que se le brinda, tanto la calidad como cantidad. Para que pueda ser el propio protagonista de su historia, es necesario que la información que se da sea completa, adecuada. Sin esta, no puede ejercer su derecho a decidir por sí mismo.

7- FUTILIDAD MÉDICA

7-1-CONCEPTO

El concepto de futilidad médica ha aparecido como un intento de solución al conflicto entre autonomía y limitación de tratamiento.

El término “futilidad” tiene varios significados y habitualmente es definido por los médicos.

1) Futilidad absoluta: Significa que el tratamiento será completamente ineficaz desde el punto de vista fisiológico. La determinación de la futilidad fisiológica la hacen los médicos. Por lo tanto, es tarea del profesional de la salud el determinar cuando un tratamiento puede funcionar y cuando no.

2) Futilidad estadística: La mayoría de las decisiones de tratamiento son probabilísticas y no certidumbres. Pocos médicos pueden predecir con certeza el resultado de un tratamiento determinado para un individuo particular. Es por esto que en la mayoría de los tratamientos médicos las decisiones deben hacerse en acuerdo con el paciente a través del consentimiento informado.

3) Futilidad desproporcionada: Se produce cuando un tratamiento tiene una chance real pero pequeña de éxito, pero supone una gran carga para el paciente y la familia que sobrepasa el beneficio potencial. El tratamiento tiene una escasa chance de lograr la remisión de la enfermedad pero el costo en términos de sufrimiento es enorme. Esta categoría de decisiones corresponde enteramente al paciente.

También se podría avalar desde esta perspectiva la futilidad del tratamiento del caso presentado, pero siempre y cuando se contara con la decisión autónoma del paciente.

El proceso de decisión debe incluir: respeto por los deseos del paciente, identificación de una autoridad sustituta, ejercicio de un buen juicio clínico, y anticipación clara de los puntos de una futura decisión.

Para evitar problemas sobre futilidad médica se ha promovido el uso de instrucciones anticipadas o poderes duraderos para las decisiones críticas en salud. Dichas directivas avanzadas podrían ser de inestimable ayuda en lo referente a la toma de decisiones en pacientes no autónomos.

Veatch y Spicer afirman que un tratamiento de prolongación de la vida debe ser dado siempre con excepción de aquellos casos que supongan una carga excesiva para terceras partes. Según lo anteriormente dicho por esos autores, habría tratamientos

que se tendrían que instaurar de forma obligatoria. Sin embargo existen otros autores como Beachamps y Childress que opinan que no hay obligación de continuar con un tratamiento inefectivo. Para tener en claro hasta qué punto un tratamiento puede ayudar o dañar a un paciente, el médico debe evaluar medios y fines. Si el tratamiento (los medios) o sus objetivos (los fines) se consideran inapropiados, entonces el médico no tiene obligación de ofrecer tal tratamiento.

En determinados contextos, como en el de los pacientes terminales que se hallan en plan de cuidados paliativos, creen que hasta las técnicas de sostén vital considerados más básicos como la hidratación y alimentación artificiales pueden no utilizarse en determinadas circunstancias, al igual que otras técnicas de soporte vital. Se basan en dos premisas: a) No existe ninguna diferencia significativa entre las diferentes técnicas de soporte vital (Beachamps y Childress prefieren hablar de técnicas obligatorias u optativas en lugar de ordinarias y extraordinarias) y b) el derecho de todo paciente a rechazar tratamiento médico no depende de cuál sea dicho tratamiento. Por lo tanto ellos no encuentran razones para creer que las medidas básicas de sostén artificial (alimentación e hidratación) deban formar parte siempre de los cuidados paliativos o que, ponderando, siempre constituyan un tratamiento médico beneficioso.

Para evitar el abuso de la discrecionalidad médica, la decisión de omitir un tratamiento médico no debe hacerse en base a elecciones personales de los médicos sino en criterios médicos bien establecidos y garantías sociales ampliamente basadas que en su momentos deben ser acordadas con el paciente. El uso de los consentimientos informados y las consultas a los comités de bioética sirven de reaseguro a la hora de tomar decisiones críticas sobre el futuro de los pacientes.

Cuando las chance de éxito del tratamiento propuesto sean dudosas o bajas, pero la alternativa al mismo es la muerte, la presunción debe estar a favor del tratamiento.

Según la President's Commission, sin embargo, los profesionales de la salud y las instituciones pueden declinar el brindar una opción particular de tratamiento si esa elección violenta su conciencia o juicio profesional aunque al hacer esto no puedan abandonar al paciente. El argumentar la objeción de conciencia, lo exime al profesional de continuar con el caso, siempre y cuando pueda delegar su cuidado y atención en otro colega.

Cabe señalar que algunos informes médicos tales como el de la Sociedad de Atención Crítica han establecido consensos acerca de no emplear tratamientos que no ofrecen beneficio alguno y sólo sirven para prolongar el proceso del morir.

8- LA LIBERTAD DE CONCIENCIA

8-1-CONCEPTO

La vida se dignifica, si se vive según determinados principios o valores; así, deja de ser algo meramente fisiológico para alzarse como algo más trascendente. Si no hay libertad para poder escoger estos valores, la vida pierde dignidad y se desvirtúa su calidad de tal.

La libertad de conciencia es la libertad de la persona de poder adherir libremente como consecuencia de su pensamiento, a determinados postulados éticos, a diferentes ideologías u opciones religiosas y actuar coherentemente de acuerdo con las mismas en su propia esfera personal y mantenerlas frente a terceros. Tiene por objeto la decisión moral acerca de determinadas acciones concretas basadas en el código moral al que la persona adhiere.

“Cada persona piensa lo que quiere sin que el legislador o el Juez tengan competencia alguna sobre ello” (Luis Felipe López Álvarez)

La libertad de conciencia, es una de las bases para aceptar que el paciente puede decidir sobre cómo se puede actuar sobre Él en ciertas circunstancias, de acuerdo a sus creencias éticas, ideológicas o religiosas. Ante esta situación, el médico no puede oponerse. Si lo hace, comete un atentado contra la libertad de esa persona. Igual atentado comete el superior jerárquico del médico o la autoridad Pública (p.e. Juez) que eventualmente autoriza al médico a realizar esa práctica.

8-2-ANTECEDENTES ÉTICOS

En la “Declaración Universal de los derechos del Hombre” – Art.18 – se establece “que toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión; este derecho incluye la libertad de cambiar de religión o creencia así como la libertad de poder manifestarla en público y privado, por la práctica, el culto y la observancia”.

En la “Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre” – Art. 3 – se afirma que “toda persona tiene derecho de profesar libremente una creencia religiosa y de manifestarla y practicarla en público como en privado”.

En el Código de Ética Médica para el Equipo de Salud, el Art. 57, establece que “deben respetarse las creencias religiosas del enfermo no oponiéndose a sus prácticas, salvo que el precepto religioso signifique un atentado contra la salud que el médico está obligado a proteger. En este caso lo hará saber al enfermo y se negará a continuar con su atención si el mismo persiste en su posición.” Asimismo, por el Art.

25 no le es permitido a los miembros del equipo de salud discriminar al ser humano por su pertenencia religiosa, étnica, conducta sexual, ideas políticas, aspecto físico, discapacidades, nivel educativo o económico, enfermedades de transmisión sexual o relacionadas a las drogadicciones así como por ser exiliado o emigrante.

La Declaración de Lisboa sobre Los derechos de los Pacientes (1981), aceptada por la Asociación Médica Mundial afirma que todo enfermo tiene derecho a rehusar un tratamiento. Para ello, es imprescindible informarlo completamente y correctamente sobre los riesgos que corre a raíz de su posición de rechazo.

8-3-ANTECEDENTES JURÍDICOS

En la Constitución Nacional, el Art. 14 entre otras cosas establece el derecho de "...profesar libremente su culto..." y en el Art. 19 se establece que "las acciones privadas de los Hombres que de ningún modo ofenden al orden y a la moral pública ni perjudican a terceros, están reservadas a Dios y exenta de la autoridad de los Magistrados".

En todos los ámbitos se garantiza la existencia de un espacio íntimo para las creencias religiosas o ideologías, con autodeterminación intelectual vinculada con la propia personalidad y dignidad individual.

8-4-LIMITES A LA LIBERTAD DE CONCIENCIA

Cabe plantearse, ¿Cuál es el límite de esta libertad de conciencia?

Al respecto hay varias respuestas

- Si el respeto de los dictados de la conciencia supone un atentado a los derechos fundamentales de otras personas, nos extralimitaríamos en el derecho a la libertad de conciencia. Por eso, este derecho a la libertad de conciencia solo se podrá mantener frente a normas jurídicas que imponen obligaciones de carácter general a los Ciudadanos si afecta los principios éticos de su religión o ideología.
- Otra postura, es que el límite de la Libertad no es absoluto y cede ante bienes jurídicos más jerarquizados como puede ser el de la Vida que por lo tanto gozará del privilegio de la protección. Para los sostenedores de esta postura, el

médico debe aplicar el principio de benevolencia y llevar adelante el tratamiento incluso con oposición del paciente.

- Otros sostienen que el compromiso ético del médico con el paciente es obtener el mejor resultado posible, aplicando los métodos más adecuados. Un médico que no pone todos esos medios, caería en una falta de asistencia al paciente.

La libertad de conciencia, es aplicable a ambos partícipes de la relación médico – paciente. Hemos hablado del paciente. Con relación al médico, hay que tener presente que no puede ser obligado a actuar para llevar adelante acciones contrarias a sus creencias religiosas o filosóficas. Sin embargo, cuando un paciente haciendo uso de su libertad y autonomía resuelve aceptar una alternativa propuesta que no es del agrado del profesional no significa el abandono del mismo. Debe realizar la propuesta aceptada por el paciente para no encuadrar dentro del art. 106 del Código penal: “El que ponga en peligro la vida o la salud de otro, sea colocándolo en situación de desamparo, sea abandonándolo a su suerte una persona incapaz de valerse o cuidar o al que el mismo autor haya incapacitado...” o recomendar el proceso de información para que el paciente reflexionando nuevamente revea su postura. Si hay grave enfrentamiento de valores el profesional debe continuar la atención aceptando la decisión del paciente hasta lograr canalizar la derivación del paciente a otro profesional.

9.- CONSENTIMIENTO INFORMADO

9-1-ANTECEDENTES HISTÓRICOS

El Consentimiento Informado no es algo nuevo, en la antigua Grecia, en el siglo IV AC ya se encuentran antecedentes de él. Sin embargo, el gran empuje del mismo se observa en EE. UU. a partir de la década del 60 y 70, en que toman importancia las luchas con el fin de reivindicar a las minorías sociales, los derechos de la mujer y los derechos de los pacientes. Se plantea la necesidad de que los pacientes tengan una participación activa en las decisiones médicas; desarrollándose el concepto del respeto por la autonomía del mismo y la teoría del consentimiento informado. Cambia así, el tradicional modelo paternalista por uno nuevo de decisiones compartidas, el modelo contractual.

Esta postura es la culminación del desarrollo de la relación médico-paciente, no se trata de imponer el bien al enfermo, sino que es el mismo enfermo que a pesar de su enfermedad sigue siendo considerado un ser libre y capaz, competente para resolver sobre su futuro e integridad. Este modelo, basado en una filosofía racionalista, se presenta como una reacción al paternalismo tradicional, representando una innovación en el campo de la toma de decisiones y responsabilidades en la atención de la salud. En nuestro medio, es un tema relativamente nuevo. Tiene mayor desarrollo en el ámbito quirúrgico pese a que luego de la reforma constitucional de 1994 presenta rango Constitucional al incorporarse a la misma distintos tratados internacionales, entre ellos el de San José de Costa Rica que en su artículo 42 establece que " Los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho en la relación de consumo a la protección de su salud, seguridad e intereses económicos, a una información adecuada, veraz, a la libertad de elección y condiciones de trato equitativo y digno."

9-2-CONCEPTO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

La palabra consentir que etimológicamente significa autorizar, permitir, proviene del vocablo latino "consentire". Su origen también lo encontramos en los términos latinos consensus y cum sentire que significa acuerdo entre dos voluntades.

El consentimiento informado no es sacarle al paciente o a su representante legal una firma en un formulario que a lo mejor ni leen y que aceptan porque necesitan de atención médica. Es un derecho humano fundamental, consecuencia necesaria de los derechos a la vida, a la integridad física y a la libertad de conciencia.

No es un mero formalismo, es una parte vital de la actuación médica en la que el médico se pone a disposición del paciente para que este pueda elegir en libertad la opción diagnóstica, terapéutica o ninguna.

No pretende ser un frío contrato legal, es la declaración de la voluntad de una persona libre y capaz de decidir responsablemente ante la propuesta médica, de que se le aplique determinado procedimiento diagnóstico o terapéutico, si no mediara una situación de urgencia.

Todo individuo mayor de edad y mentalmente sano tiene el derecho personalísimo a discernir y determinar que se hará con su propio cuerpo.

Su ejercicio representa la incorporación del paciente al proceso de toma de decisiones médicas dejando de lado su rol pasivo para transformarse en agente activo de promoción de su propia salud. Se involucra más con su estado de salud o enfermedad. En el difícil momento de tener que afrontar la alteración de su estado de salud se sentirá más acompañado, escuchado y comprendido. Así, podrá asumir mejor y compartirá más la responsabilidad del tratamiento, redundando esto en una relación médico – paciente fluida y amable.

En 1994, el Colegio Médico Americano definió que “el Consentimiento informado consiste en la explicación a un paciente atento y moralmente 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 poder ser sometido a esos procedimientos. La presentación de la información al paciente debe ser comprensible y no sesgada; la colaboración del paciente se debe conseguir sin coacción; el médico no debe sacar provecho de su potencial dominancia psicológica sobre el paciente”.

Las Dras. Highton y Wierzbica dicen que “el consentimiento informado implica una manifestación o declaración de voluntad del paciente por el cual luego de brindársele información referida al procedimiento o intervención quirúrgica que se le propone como médicamente aconsejable, decide si presta su conformidad y se somete a tal procedimiento o intervención.”

FUNDAMENTO FILOSÓFICO DEL CONSENTIMIENTO

El respeto de la persona lleva implícito el respeto de su dignidad, su voluntad y libertad. Precisamente, en la voluntad y libertad se encuentra el fundamento del consentimiento ya que el mismo presupone información y esta es esencial para el discernimiento y la razonabilidad, la intencionalidad y la libertad.

El Consentimiento Informado supone que el paciente tiene derecho de saber con claridad y en detalle cual es la práctica diagnóstica a la que va a ser sometido o el

tratamiento médico o quirúrgico que se va a realizar; cuales son los riesgos que corre al someterse al mismo; cual es la posibilidad de mejoría y de éxito; cuales son los tratamientos alternativos; cual es el nivel de seguridad de la práctica. Luego de recibir y reflexionar sobre la información, podrá decidir libre y voluntariamente y dar su aprobación o no con relación a la propuesta realizada.

FUNDAMENTOS JURÍDICOS DEL CONSENTIMIENTO

En este aspecto, el consentimiento tiene fundamento Constitucional y Dogmático

- Constitucional

Se encuentra basado en los derechos personalísimos consagrados en la Constitución Nacional: Respeto de la libertad, Autonomía

- Dogmático

Se apoya en el hecho de que el consentimiento es un acto jurídico voluntario. Para que haya voluntad debe cumplirse con ciertos requisitos:

- Internos: Discernimiento; Intención; Libertad
- Externos:

Son hechos exteriores que ponen de manifiesto la voluntad de las partes. Al respecto, se deben mencionar diversos artículos del Código Civil:

Art. 913 establece que "Ningún hecho tendrá el carácter de voluntario, sin un hecho exterior por el cual la voluntad se manifieste."

Art. 914 "Los hechos exteriores de manifestación de voluntad puede consistir en la ejecución de un hecho material consumado o comenzado, o simplemente la expresión positiva o tácita de la voluntad."

Art. 915 expresa "La declaración de la voluntad puede ser formal o no-formal, positiva o tácita o inducida por presunción de la Ley."

Art. 916 "Las declaraciones formales son aquellas cuya eficacia depende de la observancia de las formalidades exclusivamente admitidas como expresión de la voluntad."

Art. 917 "La expresión positiva de la voluntad será considerado como tal, cuando se manifieste verbalmente o por escrito o por otros signos inequívocos con referencia a determinados objetos."

Art. 918 "La expresión tácita de la voluntad resulta de aquellos actos, por los cuales se puede conocer con certidumbre la aceptación de la voluntad, en los casos que no

se exija una expresión positiva o cuando no haya sido protestada o declaración expresa contraria.”

En el ámbito internacional

La jurisprudencia internacional sobre el tema se remonta hasta el siglo XVIII.

1767: Caso Slater contra Baker y Stapleton. En el fallo se adjudica responsabilidad a los médicos por haber desunido una fractura parcialmente consolidada sin la autorización del paciente. "Tocar el cuerpo del enfermo sin su permiso constituye un ataque a la persona."

1878: La Corte de Apelaciones de Nueva York emite un fallo (Carpenter contra Blaker) donde establece que "la falta de revelación de peligros inminentes derivados de un procedimiento médico constituyen conducta negligente por parte del médico."

1905: En el caso Mohr contra Williams se condena al médico por agresión al no obtener el consentimiento informado para intervenir.

1906: El Tribunal Supremo de Illinois en el caso Prats contra Davis establece que el consentimiento informado debe ser expreso, que no alcanza con que sea tácito.

1914: Caso Schlendorff. Bajo la teoría del ataque intencional a la persona se comenzó a responsabilizar a los médicos por cualquier acción derivada de un contacto físico para el cual el paciente no dio su consentimiento.

1957: En una sentencia se habla por primera vez de consentimiento informado.

1972: Una corte en el caso Canterbury contra Spence sentencia que el consentimiento informado es una figura jurídica propia, por lo que la falta de información puede ser causa de daño.

1981: La Corte suprema de Canadá establece como deber de cuidado exigible al médico en cuanto a defectos relativos al consentimiento informado.

1981: La Corte suprema de Japón reconoce la importancia del consentimiento informado como acto que implica la obligación de la explicación del médico hacia el paciente durante su acción profesional. También apoya la teoría que este tipo de cambio debe ser gradual por efecto de la cultura y no por medio de tribunales o leyes.

En España, después de la sanción de la Ley de Sanidad, el consentimiento informado se ha generalizado en todas las regiones.

En nuestro país, no hay normas de aplicación estricta referidos al consentimiento informado. Existe una mención al consentimiento expreso en el artículo 1144 del código Civil el cual no estipula su obligatoriedad. "El consentimiento debe manifestarse por ofertas o propuestas de una parte y ser aceptadas por la otra"

En la legislación vigente, la Ley de Ejercicio profesional (17132) si bien no se refiere al mismo en forma explícita indica situaciones en que debe solicitarse el mismo. (Art. 19 Inc. 3ro, al referirse a operaciones mutilantes)

Art. 19 Ley 17132 Inc. 3º) establece: “respetar la voluntad del paciente en cuanto sea negativa a tratarse o internarse, salvo los casos de inconsciencia, alineación mental, lesionados graves por causa de accidente, tentativas de suicidio o de delitos. En las operaciones mutilantes se solicitará la conformidad por escrito del enfermo, salvo cuando la inconsciencia o la alineación o la gravedad del caso no admitiera dilaciones. En los casos de incapacidad, los profesionales requerirán la conformidad del representante del incapaz.”

También se hace referencia al consentimiento informado en la Ley de Transplantes (Ley 24193 / 93) En efecto, en el Art. 13 de la citada norma se establece:

“Los jefes y subjes de los equipos como asimismo los profesionales a que se refiere el Art.3 (aquellos habilitados para efectuar ablaciones e implantes), deberán informar a cada paciente y su grupo familiar en el orden y condiciones que establece el Art.21, de manera clara, suficiente y adaptada a su nivel cultural, sobre los riesgos de la operación de ablación e implante – según el caso -, sus secuelas físicas y psíquicas, ciertas o posibles, la evolución previsible y las limitaciones resultantes así como de las posibilidades de mejoría que, verosímilmente, pueden resultar para el receptor. Luego de asegurarse de que el dador y receptor hayan comprendido el significado de la información suministrada, dejarán a la libre voluntad de cada uno de ellos la decisión que corresponda adoptar. Del cumplimiento de este requisito, de la decisión del dador y del receptor, así como de la opinión médica sobre los mencionados riesgos, secuelas, evolución, limitaciones, mejoría, tanto para el dador como receptor, deberá quedar constancia documentada de acuerdo con la normativa a establecerse reglamentariamente. De ser incapaz el receptor o el dador, en el caso de transplante de médula ósea la información prevista en este artículo deberá ser dada además por el representante legal. En los supuestos contemplados en el Título V, el lapso entre la recepción de la información y la operación podrá ser inferior a las 48 hs.”

Esta Ley, incorpora algunos aspectos al consentimiento informado:

aumenta el número de destinatarios a recibir la información; aumenta el contenido de la información cuando habla de tener que revelar las posibles secuelas físicas y psíquicas.

Para asegurar que la decisión sea libre y razonada establece el lapso de 48 hs como mínimo entre el momento en que se suministra la información y se lleva a cabo el acto médico programado.

El decreto 512/95, reglamentario de esta ley que el consentimiento solicitado deberá quedar registrado por orden cronológico en un libro foliado y rubricado por la autoridad sanitaria jurisdiccional.

Finalmente, la Ley de SIDA (23798) en el artículo 8° obliga a los profesionales a informar al portador o presunto portador a explicar el carácter infectocontagioso de la enfermedad, los medios y formas de transmisión y su derecho de asistencia.

Las leyes mencionadas son la única referencia que hace la Ley con relación al consentimiento informado (operaciones mutilantes y donación de órganos e información sobre la enfermedad en el caso de SIDA) Por la aplicación del principio de la Analogía de la Ley, previsto en el Código Civil (Art. 16), algunos juristas lo hacen extensivo a todo el accionar médico. Buera afirma: "El médico no puede en principio efectuar ningún tipo de tratamiento sin solicitar el consentimiento del paciente. Esto se impone de manera incontrolable ya que tiene en cuenta uno de los aspectos mas salientes de la libertad personal y el enfermo es el que dispone genéricamente de su cuerpo".

En la Jurisprudencia, también hay otros fallos, incluso de la Corte Suprema de Justicia de la Nación en donde se establece el deber del médico de informar claramente al paciente.

9-3-FUNDAMENTO BIOÉTICO

Desde el punto de vista de la bioética, la obligación del consentimiento informado se fundamenta en dos hechos:

- La obligación del médico de respetar las decisiones autónomas de los pacientes y la de procurar el mayor bien para ellos,
- Ayudarlos a realizar sus propios proyectos vitales.

Es un elemento obligatorio del accionar médico, reconocido a nivel internacional (Código de Nuremberg, Declaración de Helsinsky) y a nivel nacional (Código de Ética para el Equipo de Salud)

PRESUPUESTOS DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

- Titular:

Es el paciente o su representante legal. Se debe recordar que para nuestra legislación el representante legal del menor son los padres salvo que judicialmente se haya designado un tutor. En el caso de los incapaces adultos, el representante es el curador.

En un caso de urgencia, si el paciente, su representante o los familiares no están para dar su consentimiento, la decisión la puede tomar el médico (estado de necesidad)

- **Tiempo**

Es el tiempo que debe existir entre la información suministrada y el acto médico programado; siempre el consentimiento debe ser anterior al acto médico. La antelación debe ser suficiente como para permitir al paciente reflexionar sobre la propuesta y tomar la decisión que considere correcta.

La única referencia en nuestra legislación, en relación al tiempo de antelación con que se debe informar, es la que se estipula en la Ley de Transplantes (48 hs.) Por analogía de la ley, este es el tiempo mínimo con que se debe dar la información en cualquier caso.

El Código Civil, en el Art. 1150 dice: " Las ofertas pueden ser retractadas mientras no hayan sido aceptadas, salvo que el que las hubiera hecho, hubiese renunciado a la facultad de retirarlas o se hubiese obligado a hacerlas,..."

- **Forma**

La explicación será oral, por medio de un diálogo franco con el paciente. Sin embargo, el mismo debe quedar asentado por escrito.

El Código civil dice:

Art. 1145: "El consentimiento puede ser expreso o tácito. Es expreso cuando se manifiesta verbalmente, por escrito o por signos inequívocos. El consentimiento tácito resultará de hechos o de actos que lo presupongan, o que autoricen a presumirlo, excepto en los casos en que la Ley exige una manifestación expresa de la voluntad; o las partes hubiesen estipulado, que sus convenciones no fuesen obligatorias, sino después de llenarse ciertas formalidades".

- **Objeto**

Es el acto médico y/o quirúrgico a realizar que siempre debe estar ajustado a las técnicas y conocimientos médicos según el estado de la ciencia médica a ese momento. Se limita a las prácticas autorizadas por el paciente salvo que surja algún imprevisto que obliga actuar en el momento de forma diferente.

PROBLEMAS DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

La participación de terceras persona, cuando se trata decisiones que deben ser tomadas por menores o dementes, es decir, incapaces. Se plantea entonces, poder aclarar que es lo que realmente interesa o desearía el incapaz, dejando de lado los intereses personales del representante.

Al respecto, el Art. 54 del Código civil, considera incapaces absolutos a "las personas por nacer, menores impúberes, demente o sordomudo que no puede darse a entender."

En el Art. 1160 del Código Civil se lee: " No pueden contratar los incapaces por incapacidad absoluta, ni los incapaces por incapacidad relativa en los casos que les es expresamente prohibido, ni los que están excluidos de poder hacer con personas determinadas o respecto de las cosas especiales..."

- El condicionamiento. Es un hecho muy fuerte que se instala desde afuera y que guarda estrecha relación con la penetración de determinadas pautas culturales en la sociedad.
- La presentación de la información es otro elemento problema en el consentimiento. A veces una misma propuesta puede ser presentada de formas distintas sin que por eso dejen de ser verdaderas. Entonces una respuesta aparentemente libre puede ser condicionada por la forma en que fue presentada dicha información.
- La capacidad y competencia del paciente que debe consentir una práctica. Al respecto se debe recordar que los diferentes niveles intelectuales, la distinta formación académica, el diferente grado de salud y los diferentes intereses particulares de quienes debe resolver sobre su propia salud, en cierta manera condicionan el consentimiento.

En este sentido, el Art. 909 del Código Civil establece "Para la estimación de los hechos voluntarios, las leyes no toman en cuenta la condición especial, o la facultad intelectual de una persona determinada, a no ser en los contratos que suponen una confianza especial entre las partes. En estos casos se estimará el grado de responsabilidad por la condición especial de los agentes".

9-4-SITUACIONES ESPECIALES

Urgencia extrema

En el caso que la ausencia de tratamiento conlleve un peligro real para la vida o la salud del paciente se deba llevar a cabo indefectiblemente, el médico puede actuar sin esperar el consentimiento. En este caso el médico actúa a favor de la salud de la persona afectada, aplicando los principios de beneficencia/ no-maleficencia.

Teniendo en cuenta, una sentencia del Tribunal Administrativo de París (1998) además de la urgencia del caso se requieren de otros elementos para dejar de lado la libertad del paciente

- Situación real de Urgencia (es decir hay peligro inmediato y necesidad imperiosa de actuar)
- Pronóstico vital en tela de juicio (peligro real de vida)
- Ausencia de alternativas terapéuticas.

- Acto imprescindible para mantener al individuo con vida, proporcional al estado en que se encuentra. (No se deben aplicar medidas de cuyos resultados positivos surgen dudas ciertas)

Minoridad:

En esta situación el consentimiento será a través de su representante, de una autoridad o institución designada por el Juez de menores. Si la edad y el grado de madurez del menor lo permite, su opinión podrá ser escuchada y tenida en consideración al momento de decidir.

En nuestra legislación, el Código Civil determina que el representante natural del menor son los padres (Art. 264. Patria Potestad) De ser necesario y por disposición judicial, si se dan los supuestos de pérdida de la Patria Potestad, se le designa un representante al menor (Tutor)

El Art14.1 de la Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos de los Niños expresa "Los niños tienen derecho a la libertad de pensamiento, conciencia y religión."

Inconsciencia

En este caso, donde el paciente no puede expresar libremente su voluntad contraria a una práctica, la misma se debe realizar porque el médico está obligado a utilizar todos los medios terapéuticos a su alcance para preservar la salud del paciente. Actuando bajo el imperio del estado de necesidad y según el principio de benevolencia, su conducta no podrá ser reprochada.

En caso de no actuar así, incurriría en abandono de persona. La excepción sería cuando el paciente con anticipación expresa por escrito su voluntad contraria a determinadas prácticas. Tal decisión es conveniente que esté refrendada ante escribano o juez de Paz. Si no es así, lo más conveniente es solicitar la intervención de un Juez competente.

Alienación mental:

Al igual que en el caso del menor, el consentimiento será a través del representante designado (curador)

El curador tiene la facultad y el deber de tomar las decisiones adecuadas, vale decir, de subrogarse en los derechos del incapaz ante la necesidad de suplir la carencia de consentimiento libre e informado. Lo debe hacer basado en su propio criterio acerca del interés del incapaz.

En la Jurisprudencia Norteamericana existe el “Juicio de Sustitución” en donde el individuo incapaz puede rechazar un tratamiento a través de su representante legal si existe evidencia clara que el incapaz hubiese hecho lo mismo en esa circunstancia. No se trata de reemplazar la voluntad del incapaz por la del representante, sino de indagar y tratar de dilucidar como habría actuado el incapaz en caso de poder ejercer su voluntad.

Según el código Civil:

- Art. 468 “Se dará curador al mayor de edad incapaz de administrar sus bienes”.
- Art. 469 “Son incapaces de administrar sus bienes, el demente aunque tenga intervalo lúcido y el sordomudo que no sepa leer o escribir.”
- Art. 470 “La declaración de incapacidad y nombramiento del curador pueden pedirla el Juez, el Ministerio de menores y todos los parientes del incapaz.”

En este caso, de acuerdo con el grado de incapacidad se podría escuchar la voluntad del incapaz.

Renuncia voluntaria del paciente:

Nadie puede ser obligado a realizar algo contra su voluntad. Si el paciente renuncia a su derecho de ser informado debe hacerlo saber por escrito con fecha, lugar y firma. Se realizará ante la presencia de testigos que también firmarán.

La expresión verbal, al ser un método informal y carecer del registro de la voluntad del paciente carece de valor.

Privilegio: El médico por el conocimiento que tiene del paciente, su situación vivencial, el trato que tiene con él, resuelve no brindar cierta información aplicando el principio de no-maleficencia.

Deseos expresados anteriormente: Es la situación donde el paciente en el momento de la intervención médica no está en condiciones de expresar su consentimiento, pero lo ha hecho con anterioridad en forma expresa por medio de un instrumento legal: Testamento Vital (Living Will)

El testamento vital, es un documento escrito por medio del cual se establecen directivas adecuadas en caso de darse determinadas circunstancias y, entre ellas, como condición indispensable que la persona este incapacitada desde el punto de vista biológico para expresar su voluntad y presente una situación de enfermedad de tal importancia que presuma riesgo vital o incapacidad severa permanente. Define cuando y en que circunstancias se desean tratamientos o medidas que prolonguen la vida retrasando el morir o el uso de medidas extraordinarias frente a una situación clínica dada.

Si bien en nuestro país no se encuentra legislado, existe en otros países, Estados Unidos (1991) y España donde si bien en teoría funciona sin inconvenientes, en la práctica, su aplicación suscita reservas ya que surgen ciertos interrogantes:

- ¿El estado de lucidez al momento de la decisión anticipada era completo o alguna circunstancia obnubilaba la conciencia?
- ¿Es vinculante si el testamento vital añade a la prohibición del ensañamiento terapéutico la petición de muerte directa para evitar los efectos de la deshidratación y hambre?
- Si al paciente que realizó un testamento vital, en el momento de tomar decisiones se lo podría consultar nuevamente, ¿mantendría su postura?
- ¿Hay completa seguridad que el paciente al momento de redactar el testamento vital no fue sometido a coacción, engaño o información insuficiente?

Autopsia:

Se debe considerar dos situaciones diferentes según la autopsia sea por razones judiciales o asistenciales.

- Autopsia médico-legal (judicial o forense) Se efectúa en caso de muerte violenta, muerte de causa dudosa de criminalidad (incluyendo en este grupo la mala praxis) En estos casos, la misma es ordenada por el Juez (Artículo 264 del Código de Procedimiento Penal: Autopsia necesaria) o por el Ministerio Público si la investigación criminal le es delegada (Artículo 196 Bis) según lo dispuesto por la Ley 25409 que estipula que el agente fiscal debe investigar los delitos imputados a personas NN.

En estos casos no se requiere el consentimiento de los familiares o deudos.

- Clínica, anatomo-clínica, anatomo-patológica o asistencial. Es la autopsia que se realiza en el ámbito hospitalario por solicitud debidamente fundada de los profesionales que asistieron al difunto. Es efectuada en el servicio de Anatomía Patológica por los médicos que lo integran.

Estas autopsias, desde la sanción del decreto N° 7436/69 de la ex Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, requiere del consentimiento expreso de los deudos salvo que existan razones de diagnóstico dudoso o incierto, el deceso sea por enfermedad infecto-contagiosa o que exista orden judicial que ordene la autopsia en cuyo caso el cuerpo se remitirá a la Morgue Judicial. Al hablar de razones de diagnóstico dudoso o incierto, se hace referencia a una duda de carácter científico del mismo, no de la causa de muerte, en cuyo caso la muerte se transforma en una muerte dudosa de criminalidad.

El consentimiento expreso es condición ineludible para realizarla y este consentimiento corresponde a los deudos. El mismo deberá quedar registrado en la Historia Clínica y en el formulario de solicitud de autopsia. Si bien el cadáver desde el punto de vista

jurídico no tiene dueño (salvo que sea donado) ya que no es una “cosa ni un bien patrimonial”, por aplicación del principio de analogía previsto en el Código Civil (Artículo 16) serán los deudos los que dispondrán sobre el destino del cadáver ya sea, su inhumación, cremación, donación, ablación y práctica de autopsia.

9-5-UTILIDAD DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

- Obliga al médico a actuar más racionalmente ante la toma de una decisión diagnóstica o terapéutica.
- Fomenta la autocrítica y la convicción de los médicos.
- Potencia la figura del médico responsable del paciente que es quien debe determinar la forma y el momento de dar la información.
- Protege al paciente como sujeto sometido o minusválido en la relación médico - paciente ya sea directamente o a través de sus representantes, evitando daños que la propia maquinaria médica infringirle a los pacientes.
- Es un incentivo a la autonomía personal al proteger y promover la autodeterminación del enfermo.
- Es un elemento que sirve de defensa al médico ya que queda documentado el rechazo del paciente luego de recibir información correcta.
- Previene e impide el fraude o forzar una decisión
- Promueve la creación de Comités de Ética Asistencial para colaborar mas cercanamente con los servicios de atención al paciente.

9-6-ELEMENTOS DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

El Consentimiento Informado se encuentra conformado por dos tipos de elementos:

Obligaciones técnicas normativa:

Comprende una serie de características a tener en cuenta para confeccionarlo de tal manera que sea un instrumento de utilidad médico – legal.

El consentimiento informado debe ser un proceso continuo de diálogo, voluntario, que debe ser comprendido y adecuadamente registrado en la Historia Clínica.

Debe ser libre, es decir, que el paciente no debe ser coaccionado ni manipulado con el fin de obtener su respuesta. Solamente se permitirá la persuasión en aquellos casos en que al paciente le cueste analizar los beneficios y riesgos ante varias opciones o si de su respuesta se desprende que de la misma puede surgir un riesgo para si mismo. Al usar la persuasión puede surgir el planteo ético de cual es su límite, cuando deja de ser persuasión para pasar a ser coacción o manipulación. Es aquí, donde toman

importancia los valores éticos y morales del médico, principalmente los relacionados con la honestidad y la prudencia. Al paciente se lo debe acompañar en este proceso.

La información que se brinda debe ser amplia y verdadera, por mas grave que sea esta. Toma importancia la prudencia y el tacto del profesional para decir las cosas con el fin de poder contener al paciente en momentos que debe tomar decisiones que pueden afectar su vida, su integridad física y/o psíquica. Se debe tratar de no alarmar, de no asustar. Se debe informar con la verdad, sin ocultar datos, de buena Fe, caso contrario el profesional puede ser responsabilizado por ello.

Para que el consentimiento sea válido, la información que se brinda se debe dar en un lenguaje llano, sencillo, claro, comprensible para el paciente, dejando de lado el vocabulario técnico que resulta muchas veces inaccesible y distante. Si esto no es así, el paciente puede no comprender y por lo tanto no podrá analizar, reflexionar y decidir sobre la cuestión de salud que le compete. Técnicamente comprende:

- Una descripción clara de la patología
- Especificar si las prácticas son diagnósticas o terapéuticas; Si son técnicas invasivas o no invasivas; Si requieren o no del uso de anestesia.
- Parte del cuerpo que afecta
- Si se trata de una técnica de experimentación o científica
- Los riesgos: naturaleza, magnitud, probabilidad de que se materialice.
- Beneficios del procedimiento
- Tratamiento o procedimiento recomendado así como procedimientos alternativos.
- Posibilidades de la no realización de ninguna de las alternativas.
- Posibilidades de éxito y fracaso y las implicancias que puedan presentarse durante la recuperación.

Herramientas auxiliares

Comprende

Entrevista clínica: Es fundamental; porque es a través de ella que se podrá tomar contacto, acercarse y conocer la realidad del paciente. Si bien insume tiempo, se le debe dedicar el que sea necesario, sin tener limitaciones en ese sentido. No hacerlo implica una falta ética.

Formularios escritos de consentimiento informado. Su finalidad es servir de apoyo al proceso de información oral, poder registrar y monitorizar a este y si es necesario servir de prueba legal que se obtuvo el consentimiento con el fin de resguardar al profesional y al equipo de salud de eventuales demandas del paciente o sus familiares por alguna supuesta falta de información.

Uno de los elementos fundamentales del consentimiento es la voluntad. El Art. 913 del Código Civil establece que “ningún hecho tendrá el carácter de voluntario sin un hecho exterior por el cual la voluntad se exteriorice.”; en el Art. 915 “ la declaración de la voluntad puede ser formal o no formal, positiva o tácita o inducida por presunción de la Ley.”Y en el Art. 917 del mismo Código “La declaración de la voluntad se manifestará en forma verbal, escrita o por signos inequívocos.”

Al respecto el consentimiento informado puede ser:

- Consentimiento expreso o positivo: Es aquel que se manifiesta por algún elemento exterior que lo señala. Puede ser formal o no-formal. Es formal cuando la necesidad de consentimiento está impuesto por la Ley; en nuestra legislación la ley 17132 (Art. 19) o la ley de transplantes. En el resto de los casos, se aplica por el principio de analogía; la Ley no dice expresamente que se requiere el consentimiento; es un consentimiento expreso no-formal.
- Consentimiento Tácito: Se da en los supuestos que el paciente no puede expresar su voluntad en el momento, pero lo ha hecho con anterioridad de la que hay constancia cierta.
- Consentimiento implícito: En este caso se dio el consentimiento para una práctica y mientras esta se realiza surge algún imprevisto que obliga a modificar la práctica propuesta inicialmente. En este caso, se debe actuar de acuerdo a las nuevas circunstancias ya que se da el supuesto de que si el paciente podría consentir lo haría. Este documento, debe formar parte de la Historia clínica y debe quedar reflejado en el fehacientemente que el paciente ha ejercido su derecho a ser informado y prestar su consentimiento.

Por lo tanto, debe contener información médica suficiente en calidad y cantidad. Para tener valor legal, además, deben reunir ciertos requisitos formales como lugar, fecha y firma del paciente o su representante según el caso y del médico tratante. También es conveniente, si es posible, que el mismo se firme delante de testigos.

Si bien muchas veces se utiliza formularios preimpresos con ítem preestablecidos, cerrados, donde se rellena un formulario, los más convenientes son los modelos semiabiertos en el que se puede adaptar los estándares de información a cada caso en particular. Es importante recalcar que los escritos deben estar adaptados a la modalidad de atención y a las pautas culturales del lugar por lo que aquellos formularios que se copian de otros centros, o se importan de otras latitudes, pueden carecer de valor.

10- CONCLUSIONES

La Sociedad, le da una importancia relevante a la defensa de los derechos humanos y al reconocimiento de la autonomía del enfermo, sin dejar de lado el objetivo primordial de la atención médica: el bienestar del paciente.

El progreso médico tanto diagnóstico como terapéutico, la aparición de nuevas entidades clínicas, las graves secuelas que pueden surgir como consecuencia de procedimientos clínicos o quirúrgicos, la prolongación de la vida y el soporte vital que pueden derivar en un encarnizamiento terapéutico, las intervenciones sobre la fase inicial de la vida y las investigaciones sobre el genoma humano, entre otros, plantean un reto ético, que el profesional debe estar preparado para afrontar, brindando información suficiente y clara al paciente para evitar equívocos que favorecen la judicialización de la práctica médica.

Desde el punto de vista de la bioética, hay que privilegiar la autonomía y la autodeterminación del paciente. Para ello, es imprescindible que el mismo cuente con la información necesaria, brindada por el profesional médico como parte inseparable del acto médico. Sin embargo, se debe tener presente que el médico también tiene derecho a no actuar contra su conciencia, debiendo en caso de diferencias de criterios o valores continuar la atención, hasta la derivación del paciente.

El consentimiento informado, plantea un verdadero reto para los médicos: Brindar información supone una renuncia al monopolio de las decisiones y al poder. La información es poder y compartirla implica darla a conocer y compartir ese poder.

Lo concreto, es que el consentimiento informado es un instrumento de utilidad, de valor no solo ético sino también jurídico, exteriorización del respeto a la voluntad y autonomía del paciente. El médico podría ayudarlo en la decisión.

Tener una conducta ética, no es solo asistir al enfermo, darle asistencia médica de calidad y oportunamente, es respetar su voluntad (autonomía), comprenderlo e informarlo de manera clara, precisa y suficiente, acorde a su nivel social y cultural y orientarlo, no manipularlo en la toma de decisiones con el fin de que la relación médico – paciente pueda continuar siendo una relación de confianza, de fe y esperanza porque el paciente siempre cree, aún sin conocer o comprender que “SU” médico le va a traer alivio a su dolencia.

Por eso, es de destacar los conceptos de Meerooff que muestran los aportes de la medicina antropológica al campo de la ética: “La ética, a través de sus normas, impone ante todo el respeto a la persona enferma, la que debe ser cuidada en el respeto de su individualidad, dignidad y libertad, jerarquizando por lo tanto a la autonomía del paciente como la primera de las normas éticas. Se debe desplazar el enfoque

reduccionista del modelo médico hegemónico, hacia un modelo de medicina integral, una medicina de la persona con contenido humanístico en donde el hombre se conciba como un ser social y con una integridad somato-psico-socio-cultural, permitiendo que se instale una relación medico-paciente que cumpla con las exigencias que tendrían que permanecer inmutables en el tiempo y el espacio: confianza (de parte del paciente) – conciencia (por parte del médico)”

Como conclusión, sería altamente beneficioso el funcionamiento de los Comité de Asistencia Ética, en todos los establecimientos sanitarios, no solamente en el ámbito Hospitalario, como así también en el ámbito privado.

En nuestro país, el 27 de noviembre de 1996 se sancionó la Ley N° 24.742 de Comités Hospitalarios de Ética.

Los Comités de Ética, son grupos interdisciplinarios que se ocupan de las consultas, estudio, consejo y docencia frente a los dilemas éticos que surgen en la práctica de la atención médica, que se constituyen en instancias o espacios de reflexión que buscan apoyar y orientar tanto a los profesionales como a los pacientes y familiares, y a la sociedad en general.

Constituir un ámbito de análisis y reflexión, no solo ético, sino epistemológico, antropológico y filosófico, en el momento de tomar decisiones sobre conflictos éticos, fortalecería la relación médico paciente en su quehacer cotidiano.

BIBLIOGRAFÍA

TEXTOS, REVISTAS Y TRABAJOS PRESENTADOS EN REUNIONES CIENTÍFICAS.

ALBARRACIN TEULON, Agustín. Historia de la ética en medicina. Actas del Simposio "Ética en Medicina" realizado en Fundación Roemmers. Bs.As. Octubre 1981.

ALONSO, Héctor O. Problemas éticos en la práctica médica. Actas del Simposio "Ética en Medicina" realizado en Fundación Roemmers. Bs. As. Octubre 1981.

ALLEGRO, Luis. La ética surge como una necesidad de convivencia.
<http://www.sem.intramed.net.ar/revista/0010.htm> (19/05/02)

ALVARINHAS, Francisco M. Introducción a los conceptos básicos de la ética en las ciencias de la vida.
<http://www.sem.intramed.net.ar/revista/0011.htm> (18/05/02)

BASSO, Domingo O. P. Responsabilidad moral del médico. Actas del Ier. Simposio de Pastoral para la salud, VI Jornadas de Labor Médica Cristiana y Ier. Congreso de Deontología Médica. Bs.As. 1969.

BEUCHAMP, Tom, McCullough, Lawrence. Ética Médica. Las responsabilidades morales de los médicos. Ed. Labor. 1987.

BUERAS, Alberto. El consentimiento del paciente en la relación jurídica médica. Responsabilidad Civil de los médicos. Ed. Hammurabi. Bs. As. 1994.

CANDIOTTI, Agustín. Ética en medicina. Historia evolutiva.
<http://www.sem.intramed.net.ar/revista/002.htm> (23/04/02)

DEL CERRO, Eduardo, BELLO, Julio, De LELLIS, Martín. La Comunidad como recurso Humano y el rol del Hospital Público. Boletín científico - Suplemento del diario Mundo Hospitalario. Año 6 N° 24. Abril 2001.

DEYMONNAZ, Héctor E. Consentimiento Informado. Clínica Virtual Ginecológica
<http://members.tripod/-gineco/CONSENT.HTM> (19/07/02)

DOLCINI, Horacio A. Ética en medicina, doctrina y formación.
<http://www.sem.intramed.net.ar/revista/006.htm> (18/05/02)

DO PICO, Juan C. Reflexiones sobre ética en Medicina.
http://www.ama-med.com/Revistas/1998_03/reflex.htm (22/04/02)

ESPEJO ARIAS, Dolores. Comités Asistenciales éticos en España.
<http://www.arrakis.es/saibio/temas/tema1.htm> 01/05/02.

FAMÁ, Francisco J., PERETTI, Laura E. Negativa a recibir tratamiento. Praxis Médica. Suplemento del diario Mundo Hospitalario. Año 5 Nº 21. Septiembre 2001.

GARAY, Alain. Libertad de conciencia y tratamiento médico: el caso del consentimiento a la transfusión sanguínea.
<http://cuadernos.bioetica.org/doctrinal9.htm> (20/07/02)

GARCIA, D. Fundamentos de Bioética. Ed. Eudema. Madrid. 1989.

GISBERT CALABUIG, Juan A. Medicina legal y toxicología. Ed. Masson. Barcelona 1998.

GRACIA, D. Ética Médica. En Medicina clínica. Farreras, P, Rozman C. (13º edición) Ed. Harcourt –Brace, Barcelona. 1995.

HARING, Bernhard. Ética de la manipulación. En medicina, control de la conducta y genética. Ed. Herder. Barcelona. 1978.

HEREÑÚ, Rolando C. Las ciencias y las conciencias en medicina.
<http://www.sem.intramed.net.ar/revista/004.htm> (28/04/02)

HIGHTON, Elena – WIERZBA Sandra. La relación medico-paciente: el consentimiento informado. Ed. Ad Hoc. Bs. As. 1991.

JIMÉNEZ CANO, Juan P. Principio de Autonomía y Beneficencia en la toma de decisiones sanitarias www.filosofiyderecho.com/rebd/numero1/principios.html
(11/08/02)

LAIN ENTRALGO, P. Historia Clínica. En Patología General. Balcells Gorina y col. Ed. Toray. Barcelona. 1974.

LEDESMA, F., ALTHABE, M. Consentimiento Informado. Principio ético o requisito legal?
http://www.drwebsa.com.ar/fhg/revista/vo106_es/vo106_03_03.htm

LORENZETTI, Ricardo L. Responsabilidad Civil de los médicos. (tomo I y II) Ed. Rubinzal – Culzoni. 1997.

LOSOVIZ, Alicia. El Guardián de los vientos. Reflexiones sobre ética en Medicina. (Conferencia del 19/08/99)
http://www.ama-med.com/Revistas/2000_01/guardian.htm (22/04/02)

MACCAGNO A., POGGI V., BRUNO A. Aspectos medico legales de la práctica médica. Que es el Consentimiento Informado. PROAMI. 2º ciclo. Fase. 3. Septiembre 1997.

MEEROFF, Marcos. Sobre un nuevo concepto en ética. Sociedad de ética en medicina. Revista electrónica-003.

<http://www.sem.intramed.net.ar/revista/003.htm>

PATITO, José A, LOSSETTI, Osear, TREZZA, Fernando C., GUZMAN C., STINGO, Néstor R. – Tratado de Medicina Legal y Elementos de Patología Forense, Tercera parte, Editorial Quorum, Año 2003.

SANTAS, Andrés. Ética y educación en medicina. Actas del Simposio “Ética en Medicina” realizado en Fundación Roemmers. Bs. As. Octubre 1981.

TALE GARCIA, Camilo. Examen de las aptitudes y de los principios de la bioética contemporánea predominante.

<http://www.filosofiayderecho.com/redb/numero2/principiosbioetica.htm>
(11/08/02)

CÓDIGOS, TRATADOS Y LEYES.

Código Civil de la República Argentina.

Constitución Nacional. 1994.

Código de Ética para el Equipo de Salud. AMA. 2001.

Documento del convenio para la protección de los derechos Humanos y dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina. (Aprobado por el Consejo de Ministros de Europa) Publicado en Ethica Año VII, Nº 30. Mayo/ junio 1998.

<http://www.sem.intramed.net.ar/revista/0013.htm>

Declaración de los principios éticos para el MERCOSUR. 1995.

Declaración Universal de los derechos Humanos. ONU. Diciembre 1948.

Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre. IX Conferencia Internacional Americana. Bogotá. 1948.

Declaración de Nuremberg (1947) American Medical Association.

Declaración de Helsinki (1964 – 1975) American Medical Association.

Ley 17132. Ejercicio de la medicina, Odontología y Afines. (1967)

Ley 24193. Transplante de órganos y materiales anatómicos. (1993)

Ley 23798. Ley Nacional de SIDA.(1995)