

Especialización en Medicina Legal

Trabajo Final de Especialización

Autora: Mirta Susana Zachín

ENCARNIZAMIENTO TERAPÉUTICO. MUERTE DIGNA

2006

Citar como: Zachín, M. S. (2005) Encarnizamiento terapéutico. Muerte digna. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

INDICE:

1- INTRODUCCION	pg. 1
2-DEFINICIONES	
EUTANASIA	pg. 5
DISTANASIA	pg. 8
ORTOTANASIA	pg.12
3-MORIR CON DIGNIDAD	pg.14
4-LOS PACIENTES Y SUS DERECHOS	pg.17
5-MORBIMORTALIDAD Y TECNOCIENCIA	pg. 24
6-MUERTE NATURAL- MUERTE CIVIL	pg.30
7-DERECHO PENAL Y RESPONABILIDAD CIVIL	pg.31
8-CONCLUSIONES	pg.39
9-BIBLIOGRAFIA	pg.41

I-INTRODUCCION

Actualmente la medicina ha dejado de ser una profesión donde lo que fundamentalmente cuenta es la vocación, todos los que en general entran en las Universidades buscan una salida laboral, que les permita tener un ingreso para vivir, formar una familia y cubrir sus expectativas de mantener un nivel económico y social adecuado.

Lo que fue descrito como "arte de curar", se transformo en una profesión, donde el medico es un obrero, un empleado de obra social, de un municipio, o de un empresario que hace del "arte de curar" una buena empresa.

Es de esta forma como la medicina, ciencia que a algunos apasiona donde se puede pensar, razonar, hacer, y por sobretodo se puede acercarse a los otros desde lo mas íntimo ; el cuerpo y el alma, porque el verdadero medico, el que ejerce el verdadero arte de curar, cura el cuerpo, salva el alma, enseña a prevenir las enfermedades, y lo mas difícil, acompaña al "Enfermo Terminal ", en la entrega de su Vida, en la resignación de su Muerte.

Es en la etapa final, en el momento de la agonía, que el medico debe estar muy seguro de su elección, no se puede dar paz, cuando no se tiene la paz de estar haciendo lo correcto. Verdadera ciencia es la que tiene la suficiente capacidad de marcar sus limitaciones y aceptar que no es la mano divina, ni la magia del curanderismo, ni el milagro divino; es una ciencia basada en conceptos concretos, con razonamientos lógicos y demostrables.

El otro extremo que empaña la capacidad de hacer del medico un verdadero profesional del "arte de curar" es el temor permanente al "JUICIO" a la "DEMANDA", en los últimos años la constante amenaza de la "MALA PRAXIS" hace que el medico este acompañado por un fantasma que no le deja pensar en que esta bien y que mal , en que es correcto y que no lo es .Lo único que preocupa al medico es no dar un motivo para la demanda , es conformar al paciente y a su familiar en lo que quieran para evitar un pleito.

Si la medicina pudiera recuperar todo lo perdido con el avance de la ciencia , con la alta complejidad con la súper especialización , con la pérdida del dialogo en la relación medico paciente donde estamos separados por una computadora, por la frialdad de la informática, por lo estricto de un Vademécum con "Genéricos ", donde la anamnesis se transforma en una recopilación de datos positivos o negativos, donde no se tiene en cuenta el "conflicto" de ese paciente, que pertenece muchas veces a una familia y a una sociedad en crisis , cuyo remedio mas importante es la comprensión del facultativo , que esta frente a el , al otro lado de la pantalla de su computadora o del escritorio recogiendo datos para arribar a un diagnostico , y cuya finalidad es poder indicar el tratamiento adecuado, y para quien muchas veces no va a ser posible encontrar la droga o cirugía que cure ese "mal" sino va a estar en el la forma de brindar contención a ese enfermo y a su familia para afrontar el próximo futuro. (1)

No hay nada más cercano a "Dios" que un medico de terapia intensiva cuando realiza una resucitación.(2)

Sabemos que el mayor gasto en asistencia médica lo produce un enfermo durante su última enfermedad, la que lo lleva a la muerte.(3)

Es en parte la necesidad de reflexionar, sobre lo que estamos haciendo día a día destruyendo una de las profesiones mas importantes y humanas .Somos nosotros los médicos , que perdimos nuestro respeto al aceptar firmar un certificado por amistad, por compromiso, por no saber decir que nuestro titulo nos habilita para otras cosas y nuestra moral nos obliga a guardar un respeto por su uso.Somos nosotros los médicos, los que creemos que dar lo mejor a un enfermo son antibióticos de ultima generación ,son exámenes de alta complejidad, son internaciones en las salas de cuidados intensivos con aparatos de gran sofisticacion.Somos nosotros los médicos , los que pensamos que dar "SALUD" a un enfermo es alargar su vida ,manteniendo su respiración ,su ritmo cardíaco, su función renal,aunque se encuentre en un coma farmacológico para tolerar un tubo que llega a sus pulmones y mantiene su ventilación adecuadamente.Somos nosotros los médicos , los

que nos olvidamos día a día que la verdadera asistencia va mas allí de una receta ,de un estudio, de una muestra medica, es poner nuestro tiempo en beneficio del paciente para escucharlo y comprenderlo.

Es entonces cuando ante el paciente Terminal es el único que puede entender el código del enfermo que dice "me duele" y es un "estoy muriendo", que cuando dice "tengo miedo" no es solo sufrimiento del dolor sino a sufrir el paso de una vida a la otra solo, sin poder tener cerca una mano amiga que lo acompañe y la palabra justa que le permita mitigar su temor.

El objetivo de este trabajo es reflexionar de cierta forma sobre estos temas muy importantes poco vistos en los libros de medicina general. temas que deben analizarse mientras se camina el trabajo diario en la sala de guardia de un hospital donde se debe decidir la internación de un paciente en este o en aquel servicio, donde se debe interpretar a ese paciente que tal vez nunca antes se había visto y que hoy nos entrega sus últimos días de vida su "buen morir".

Recordaremos primero las definiciones más importantes para entender la muerte desde los distintos puntos de análisis, religioso moral científico, legal, enfrentándonos a los avances de la medicina y al enigma de la toma de decisiones.

Reflexión sobre ciencia, moral, ética, vida, muerte.

Reflexión sobre el deber, el poder, el hacer lo que esta bien o me conviene mas, sobre el derecho del paciente a su autonomía o el temor a un familiar intransigente que muchas veces oculta su culpa con la exigencia ,la amenaza, la obligación de otros.

Se plantea como quiere el medico hacer medicina, como entiende el

medico que debe hacer su arte para que sea una ciencia y como cumplir con principios fundamentales:

PREVENIR LA ENFERMEDAD

CURAR LA ENFERMEDAD

AYUDAR AL BUEN MORIR.

CURAR ES AYUDAR, ATENDER, CUIDAR, CONSOLAR, ALIVIAR.

QUIEN ES CAPAZ DE CURAR HACE MEDICINA

"El hombre el medico y Dios."

Isidoro Ricardo Steinberg

I-DEFINICIONES:

EUTANASIA: etimológicamente la palabra proviene del griego significa "BUENA MUERTE".

Así es para algunos evitar una agonía innecesariamente larga ,lo que para otros es evitar una muerte llena de aparatos y vacía de humanidad ,de modo que la tecnología aleja a los seres queridos de la persona enferma.Se habla también de una muerte anticipada y "sin dolor" para la persona que de todas formas morirá. (4)

En los dos primeros casos cabe determinar los límites de aplicación de una terapia en bien de la persona; tendiendo a que la lucha contra la muerte no se vuelva desesperada y absurda, convirtiéndose en inhumana y poco digna.

En la tercera forma no hay duda sobre el límite razonable en la lucha contra la muerte querida y provocada. (5)

El término eutanasia que como moneda de ley se ha impuesto en el lenguaje especializado y en el de la calle, conlleva una notable carga de ambigüedad que permite entender, bajo el mismo concepto cosas distintas y hasta contrarias, al mismo tiempo que da lugar a actitudes y usos contrapuestos. (6)

El uso inicial de la palabra en el contexto de la cultura grecorromana alude al mismo hecho de morir humano, como morir bien. Hace del objeto del deseo y de la petición. Prescinde o no tiene en cuenta la ayuda al morir .Este deseo y petición quedaron definitivamente expresados en la frase "FELICI VEL HONESTA MORTE MORI".

Cicerón en su carta a Ático emplea la palabra "EUTANASIA" como sinónimo de muerte digna, honesta y gloriosa.En la descripción que hace Suetonio de la muerte de Augusto (Divus Augustus) encontramos expresado el ideal grecorromano de la

eutanasia:

“Consiguió un final fácil y tal como siempre había deseado .Pues casi siempre al oír que alguien había muerto de una muerte rápida y sin tormentos ,pedía para sí y los suyos una eutanasia semejante (esto era en verdad la palabra que usaba)” (7)

Es en los siglos XVI - XVII que el concepto de la eutanasia adquiere un uso y una práctica nueva , cuestiona al concepto de la cultura occidental cristiana donde la muerte una consideración histórica (pestes,guerras,dolores ,hora mortis) y se subraya el sentido agónico y la carga de sublimación de los sufrimientos con su poder de purificación de los pecados; es entonces que en épocas del Renacimiento comienza a aplicarse el termino al buen morir en el sentido físico, como el ultimo proceso de la salud y de la vida del hombre .La muerte es el último acto en el camino de la vida y ha de ser tratado como algo que pertenece al hombre,a quien hay que ayudar a enfrentarse a la muerte con todos los recursos de que se dispone .

En la elaboración de este concepto se implicaron humanistas, físicos y médicos que se empeñaron en sentar un nuevo tipo de ciencia y un nuevo concepto de hombre.

Nombres como Ambroise Pare (1509-1590) celebre cirujano y F. Bacon (1561-1626) considerado como el padre de la ciencia experimental que implanto el método de espiar la naturaleza para seguirla y sobre todo con la Historia vital et mortis se aproxima al concepto de eutanasia :“La función del medico es devolver la salud y mitigar los sufrimientos y dolores no solo en cuanto que esa mitigación puede conducir a la curación ,sino también en que puede procurar una eutanasia muerte tranquila y fácil. En nuestro tiempo, los médicos abandonan a los enfermos cuando han llegado al final .Por el contrario debieran tener una nueva ciencia .Esta búsqueda la entendemos como la eutanasia externa, que se distingue de la otra eutanasia que tiene por objeto la preparación del alma”(7)

Pero el autor que mas influencia tuvo en el tema de la eutanasia ,Tomas Moro (1478-1533) describe en sus libros La Utopía de Moro y El Dialogo Del Consuelo un

concepto médico y moral de la eutanasia : "Ya dije que se esmeran en la atención de los enfermos .No escatiman nada que pueda contribuir a su curación, trátense de medicinas o alimentos .Consuelan a los enfermos incurables , visitándolos con frecuencia ,charlando con ellos ,prestándoles ,en fin , toda clase de cuidados .Pero cuando a estos males incurables se añaden sufrimientos atroces, entonces los magistrados y los sacerdotes se presentan al paciente para exhortarle.Tratan de hacerle ver que esta ya privado de los bienes y funciones vitales ,que esta sobreviviendo a su propia muerte ;que es una carga para si mismo y para los demás .es inútil, por tanto, obstinarse en dejarse devorar por mas tiempo por el mal y la infección que lo corroen .Y.puesto que la vida es un puro tormento ,no debe dudar en aceptar la muerte .Armado de esperanza ,debe abandonar esta vida cruel como se huye de una prisión o del suplicio .Que no dude, en fin ,liberarse a si mismo o permitir que le liberen los otros .Será una muestra de sabiduría seguir estos consejos ,ya que la muerte no le apartara de las dulzuras de la vida ,sino del suplicio .Siguiendo los consejos de los sacerdotes, como interpretes de la divinidad ,realizan incluso una obra piadosa y santa.

Los que se dejan convencer ponen fin a sus días, dejando de comer .O se les da un soporífero, muriendo sin darse cuenta de ello .Pero no eliminan a nadie contra su voluntad, ni por ello le privan de los cuidados que le venían dispensando .Este tipo de muerte se considera algo honorable.

Pero el que se quita la vida -por motivos aprobados por los sacerdotes y el senado -no es juzgado digno de ser inhumado .Se le arroja ignominiosamente a una ciénaga."(8)

Los siglos XIX y XX traen una confrontación en el campo médico - ético-jurídico y social de la realidad del morir .La eutanasia cumple u amplio espectro de situaciones, tanto del individuo como de la sociedad y un factor mas a tener en cuenta es que el tema baja desde la catedra a plano meramente especulativo o de principios hasta la calle.Es un problema que preocupa a toda la población y que provoca una actitud de rechazo o de aceptación.

DISTANASIA O ENCARNIZAMIENTO TERAPEUTICO

En el extremo opuesto de la eutanasia en torno a esta dinámica irracional de la muerte la distancia o encarnizamiento terapéutico (ensañamiento u obcecación terapéutica) es no aceptar la hora individual de la muerte. Lo que puede definir muy bien a la distanasia es que se prolonga una agonía y no la vida.

La Asociación Médica Mundial en su XXXV Asamblea de 1983 define el encarnizamiento terapéutico como todo tratamiento extraordinario del que nadie puede esperar ningún tipo de beneficio para el paciente. (5)

Es un término acuñado para referirse a ciertas situaciones médicas creadas por el empleo de las nuevas técnicas de prolongación de la vida.

Distanasia es la práctica que tiende a alejar lo mas posible la muerte, prolongando la vida de un enfermo, de un anciano o de un moribundo, ya inútiles, desahuciados, sin esperanza humana de recuperación y para ello utilizando no solo los medios ordinarios, sino los extraordinarios muy costosos en si mismos o en relación con la situación económica del enfermo y su familia. (9)

Entendemos por distanasia terapéutica el conjunto de cuidados médicos que se administran a un enfermo desahuciado y en fase terminal, con el fin de retrasar lo más posible una muerte inminente e inevitable. (10)

La distanasia consiste, esencialmente, en alejar lo mas posible, y por todos los medios, el momento de la muerte del enfermo. (11)

El prefijo "dys" indica o alude a situaciones de disfuncionalidad o de imperfecciones en el morir. Estas disfuncionalidades e imperfecciones provienen del uso

exagerado de técnicas biomédicas en si buenas y loables pero que en aplicaciones concretas originan tales inconvenientes. Esas técnicas, llamadas antes "de reanimación" y ahora "de prolongación de vida, constituyen con frecuencia un autentico encarnizamiento terapéutico. Se realizan mediante medios desproporcionados a la dignidad del sujeto y a la calidad de la vida descable y sobretudo, abocan a una muerte "indigna" del ser humano. Piénsese en la forma de muerte que acontece en el alejamiento de los familiares en el ocultamiento con ribetes tabuísticos, y no poca veces con manipulaciones indebidas de parte de los profesionales o de otras personas interesadas. El espectáculo de la muerte de determinadas personalidades del mundo político expresa cuanto queremos decir. En tales situaciones se puede y se debe hablar de distanasia.

Distanasia en sentido estricto, vidas mantenidas mediante técnicas de reanimación o prolongación de la vida, en este grupo pueden presentarse situaciones diversas, aunque todas ellas tienen un rasgo común que las identifica: la vida es mantenida necesariamente o casi exclusivamente mediante técnicas de reanimación o prolongación. Si se llega a comprobar que ha tenido lugar la "muerte clínica" (muerte irreversible de la corteza cerebral) no tiene sentido mantener la vida puramente vegetativa. En tales situaciones no es inmoral, y a veces recomendable (atendiendo a razones económicas, familiares, psicológicas, etc.), suspender el tratamiento distanásico. Pío XII se expreso de la siguiente manera en 1957: "Si es evidente que la tentativa de reanimación constituye, en realidad, para la familia tal peso que no se le puede en conciencia imponer, ella puede insistir lícitamente para que el medico interrumpa sus intentos, y el medico puede condescender lícitamente con esa petición, no hay en este caso ninguna disposición directa de la vida del paciente, ni eutanasia, la cual no sería lícita. (12)

El cardenal Villot, secretario de estado, en carta dirigida en nombre del Papa al secretario general de la Federación Internacional de las Asistencias Médicas Católicas, ha escrito (1970): En muchos casos, ¿no sería una tortura inútil imponer la reanimación vegetativa en la última fase de una enfermedad incurable? El deber del medico consiste mas bien en hacer lo posible por calmar el dolor en vez de alargar el mayor tiempo

posible, con cualquier medio y en cualquier condición, una vida que ya no es del todo humana y que se dirige naturalmente hacia su acabamiento.

Distanasia en sentido ampliado, situaciones en que dejar morir es recomendable, existen situaciones en las que no hay obligación de prolongar la vida humana y en las que se puede dejar morir al paciente. El derecho a una muerte humana no debe significar que se busquen todos los medios a disposición de la medicina, si con ellos se obtiene como único resultado el de retrasar artificialmente la muerte. Esto se refiere al caso en el que, por una intervención de carácter médico, una operación, por ejemplo, la vida se prolongue realmente poco y con duros sufrimientos, hasta tal punto que el enfermo, en breve periodo de la propia vida, se encuentra sometido, a pesar de la operación o como consecuencia de la misma, a graves trastornos físicos o psicológicos... Si el paciente, sus parientes y el médico tras haber sopesado todas las circunstancias, renuncian al empleo de medicinas y de medidas excepcionales, no se les puede imputar el atribuirse un derecho ilícito a disponer de la vida humana. (13)

El médico está obligado a proporcionar al enfermo los cuidados ordinarios para evitar su muerte y prolongar su vida. Esta obligación incumbe también a la familia o a quien tenga el deber de cuidar al enfermo. Pero ni el médico ni la familia están obligados a recurrir a curas que son "extraordinarias", ya consideradas en sí mismas, en cuanto que forman parte de tratamientos médicos altamente especializados, ya en el sentido relativo, en cuanto que su empleo, dadas las circunstancias en que el enfermo se encuentra, provocan en él una repugnancia invencible. El caso de un paciente inmerso ya en un coma prolongado e irreversible, cuya vida está reducida al ejercicio de solo las funciones vegetativas, y aun en el caso de enfermos todavía conscientes, que se encuentran en la fase final de su enfermedad y que son mantenidos en vida artificialmente, sin esperanza alguna de poderse mejorar o recuperar, no se está obligado a recurrir a medios extraordinarios o, si se ha recurrido a ellos, se pueden legítimamente suspender. (14)

Se puede resumir concretamente:

_ la no obligación de utilizar medios terapéuticos “desproporcionados” a la dignidad de la persona y a la calidad de vida deseable.

... La conveniencia de eliminar el “encarnizamiento terapéutico “

_sobre todo, el derecho a tener una muerte digna, según los parámetros que objetiva e imparcialmente son aceptados en nuestra cultura humana y cristiana.

Conviene advertir que este “dejar morir” no es lo mismo que “hacer morir” (realidad esta última que se identifica con la eutanasia).

ORTOTANASIA:

SINTESIS ETICA DEL DERECHO A MORIR DIGNAMENTE Y DEL RESPETO A LA VIDA HUMANA.

La situación ideal de la ética al morir es la que integra el valor de la vida humana y el derecho a morir dignamente. Un neologismo expresa esa situación: ortotanasia empleado por primera vez en 1950 por el Dr. Boskan de Lieja, el profesor de ética en Harvard. Dick propuso, con menor éxito, el término de procedencia latina "benemortasia".

En cuanto al contenido de la exigencia ética de la ortotanasia, recogemos una cita del magisterio eclesial:

El Consejo Permanente de la Conferencia Episcopal Alemana formuló el contenido de este derecho básico del hombre de este modo, "Al afrontar un problema tan fundamental es necesario, primero, mantener firme un punto: que todo hombre tiene derecho a una muerte humana. La muerte es el único acontecimiento importante de la vida, y nadie puede privar de él al hombre, sino más bien debe ayudarlo en dicho momento. Esto significa, ante todo, aliviar los sufrimientos del enfermo, eventualmente incluso con el suministro de analgésicos, de forma tal que pueda superar humanamente la última fase de su vida. Ello significa que es necesario darle la mejor asistencia posible. Y esta no consiste solo en los cuidados médicos, sino, sobre todo, en prestar atención en los aspectos humanos de la asistencia, a fin de crear entorno al moribundo una atmósfera de confianza y de calor humano en los que él sienta el reconocimiento y una alta consideración hacia su humana existencia. Forma parte de esta asistencia también el que al enfermo no se le deje solo en su necesidad de encontrar una respuesta al problema del origen y del fin de la vida, ya que son estos los últimos problemas religiosos que no se pueden eliminar ni rechazar. En tales momentos, la fe constituye una ayuda eficaz para resistir y hasta superar el temor a la muerte, ya que da al morir una sólida esperanza. (15)

El derecho del hombre a morir dignamente supone una serie de exigencias que han de ser realizadas sobre todo por parte de la sociedad. Señalamos las siguientes como las más decisivas:

Atención al moribundo con todos los medios que actualmente posee la ciencia médica: para aliviar su dolor y prolongar la vida humana.

No privar al moribundo del morir en cuanto "acción personal", el morir es la suprema acción del hombre.

Liberar a la muerte del "ocultamiento" a que es sometida en la sociedad actual: la muerte es encerrada actualmente en la clandestinidad.

Organizar un servicio hospitalario adecuado a fin de que la muerte sea un acontecimiento asumido conscientemente por el hombre y vivido en clave comunitaria.

Favorecer la vivencia del misterio humano -religioso de la muerte: la asistencia religiosa cobra en tales circunstancias un relieve especial.

Pertenecen al contenido del "derecho a morir humanamente" el proporcionar al moribundo todos los remedios oportunos para calmar el dolor, aunque este tipo de terapia suponga una abreviación de la vida y suma al individuo en un estado de inconsciencia. Sin embargo, no se le puede privar al moribundo de la posibilidad de asumir su propia muerte, de hacerse la pregunta radical de su existencia, de la libertad de optar por vivir lucidamente aunque con dolores.

La ortotanasia es la verdadera muerte con dignidad.

3- MORIR CON DIGNIDAD:

Morir no tiene que ser necesariamente un hecho desgraciado. Aun cuando nuestros condicionamientos culturales sean fuertes, es posible aprender a recibir la muerte con serenidad, sin tantos miedos. Es de remarcar el termino recibir diferente del usado comúnmente, enfrentar.

De esta forma, Weisman propone una serie de criterios para hablar de muerte apropiada:

1- El moribundo es capaz de enfrentarse a la crisis inicial de ansia aguda sin sufrir una desintegración.

2-El moribundo sabe conciliar la realidad de su propia vivencia como es, con la imagen ideal de vida así como habría querido que fuese.

3- El moribundo consigue conservar sus relaciones más importantes o a recuperarlas durante el intervalo entre el vivir y el morir y alcanzar la gradual separación de las personas amadas a medida que se acerca la muerte.

4-El moribundo sabe soportar de forma razonable el brote de los instintos fundamentales, de los deseos y las fantasías que conducen, sin conflictos inútiles a la gradual desconexión y a la aceptación final de la muerte. (17)

La muerte nada es para nosotros, porque todo bien y todo mal residen en la sensación y la muerte es privación de los sentidos. Por lo cual el recto conocimiento que la muerte nada es para nosotros hace dichosa la mortalidad de la vida, no

porque añada un a temporalidad infinita, sino porque elimina el ansia de inmortalidad. Nada terrible hay, en efecto, en el vivir para quien ha comprendido realmente que nada temible hay en el no vivir. De suerte que es necio quien dice temer la muerte, no porque cuando se presenta haga sufrir, sino porque hace sufrir en su demora. En efecto, aquello que con su presencia no perturba, en vano aflige con su espera. Así pues, el más terrible de los males, la muerte nada es para nosotros, porque cuando nosotros somos, la muerte no está presente y cuando la muerte está presente, entonces ya no somos nosotros." (Epícteto, Carta a Meneceo -16-).

En opinión de García Sabell, morir con dignidad significa sencillamente, irse de esta vida no en la soledad aséptica del hospital, intubado, inyectado, perfundido y sumergido en el frío laberinto de fríos aparatos, sino en el hogar, entre los seres queridos, entregado al morbo, pero entregado también al afecto, al mismo sossegador de la familia y de los amigos. Y lo que es tan decisivo, entregado a la serena conciencia de lo que se aproxima, de lo que se adivina como un relámpago de luz trascendente y de esperanza transindividual. O hundidos en el coma, pero teniendo junto a nuestra mano -¿y quien sabe lo que el comatoso siente?- la mano que en la existencia nos acompaña y dio sentido a nuestro ciclo vital. Esta es la muerte con dignidad.

En tal caso la autoestima se eleva. El moribundo ha de elegir sus últimos actos y palabras, decidir sobre su fin, impartir órdenes y deseos, exigiendo, libre e imbuido en la dolorosa importancia del paso que media entre el estar en el mundo y el ya no estarlo nunca más. Dueño de sí, reafirma de esta manera la dignidad de su ser, más allá del dolor, la mutilación, u otra herida corporal. El es más que su cuerpo y se sostiene en el sentimiento de integridad. La muerte con su cortejo de ansiedades desbordantes ha sido domada. El sujeto se ha apropiado de ella, el conduce y dirige el último tramo. Consciente de la inminencia de su partida, sostiene la mirada en el límite. Está alternativamente en su mundo de despedida, de angustia ante el cambio que lo devolverá a lo inorgánico, y también está del lado del mundo, en esta antesala de la desaparición, desde donde se contempla en una dimensión histórica, elaborando, desarrollando el espacio de relativización y observando

el carácter mortal de todo ser viviente. (18)

Tenemos que recuperar el sentido de la muerte. Debemos evitar lo que Alfonso Llano llama "privatización de la muerte". El individuo no toma ni las grandes ni las pequeñas determinaciones, en buena parte porque no conoce el diagnóstico de su enfermedad ni su pronóstico; se le ocultan los tratamientos y no se le piden su colaboración ni su posición activa frente a la enfermedad. Como medida prudencial se aísla al enfermo pues se le limita las visitas de familiares y amigos, esto se acentúa al máximo cuando es trasladado a una unidad de cuidados intensivos.

Saquemos el tabú que existe ante la muerte. En el siglo XX la muerte ha reemplazado al sexo como principal interdicción. En otro tiempo se decía a los niños que los había traído la cigüeña, pero ellos asistían a la gran escena del adiós en la recámara y a la cabecera del moribundo. Hoy los niños son iniciados, desde la más temprana edad, en la fisiología del amor y del nacimiento, pero cuando preguntan por qué y no pueden ver a su abuelo, en Francia se les responde que se fue a un largo viaje muy lejos, y en Inglaterra, que reposa en un hermoso jardín en el que florecen las madreselvas. A los niños no los traen ya las cigüeñas, pero los muertos desaparecen entre las flores.

Dejemos a Dios ser Dios y a la naturaleza ser natural. Pongámonos del lado del paciente para respetar sus derechos a vivir y morir por sí mismo su propio proceso de muerte. Porque el hombre es un ser lleno de sentido y que busca un sentido. Respetar la muerte es una forma de empezar a recuperar en esta sociedad de la superficialidad un poco de la búsqueda de sentido que parece que muchos de nuestros conciudadanos han perdido en estas últimas décadas y en nuestras sociedades. (19)

4-LOS PACIENTES Y SUS DERECHOS EL CONCEPTO DE FUTILIDAD: (20)

Llevado al extremo de la irracionalidad, el esfuerzo de la medicina por preservar y cuidar la salud de las personas ha demostrado que es capaz de volverse en contra de aquellos a quienes pretende proteger. Cuando los médicos se empeñan en extender la vida aun mas allá de las posibilidades fisiológicas y del deseo de sus pacientes aparece lo que se ha dado en llamar el encarnizamiento terapéutico.

" La agonía injustificadamente prolongada ,el sufrimiento extremo,la desfiguración y el aislamiento del paciente (cualquiera de ella puede ser la consecuencia del encarnizamiento terapéutico que conlleva formas de morir que resultan una caricatura de la dignidad personal",señalo el doctor Carlos Gherardi, en el simposio "Cuestiones éticas al final de la vida" ,organizado por el consejo Académico de Ética en Medicina.

Y es que, a veces,"el intento de respetar la vida puede acabar en trato inhumano o degradante, es decir indigno", escribió hace algunos años Diego Gracia, miembro de la fundación de de Ciencias de la Salud, de España, en el prologo del libro Morir con Dignidad (Fundación de Ciencias de la Salud,1996).

Podría decirse que la muerte indigna -aquella que se demora sin ofrecer nada a cambio, mas que sufrimiento y humillación- es un invento reciente Nace como resultado del avance que protagonizo en los últimos cincuenta años la medicina, avance que permite hoy prolongar la vida a través de instrumentos que proporcionan a los pacientes un soporte vital que suple funciones biológicas perdidas o cuando menos suspendidas.

Pero estirar la vida innecesariamente no solo perjudica a

quienes se les priva el derecho a una muerte digna. En un mundo que los recursos públicos que se destinan al cuidado de la salud no solo son finitos, sino que muchas veces resultan insuficientes, su uso irracional parece cercenar aun mas el acceso de la población en general al cuidado de la salud.

Por eso, cabe preguntarse, ¿hasta cuando es lícito extender artificialmente la vida de una persona? Desde hace algunas décadas, los expertos en bioética han elaborado una serie de criterios que permiten ponerle freno al afán desenfrenado de los médicos por vencer a la muerte, evitando así el encarnizamiento terapéutico.

“Es una larga historia la que relata la domesticación del morir por parte de la medicina”, señala el doctor José Alberto Mainetti, director del Instituto de Bioética y Humanidades Médicas. De lo que no cabe ninguna duda es de que la invención del respirador artificial significó un antes y después.

El respirador se gestó durante la epidemia de polio que asoló al mundo en la década del cincuenta. Por aquel entonces un médico danés decidió utilizar bolsas de aire para bombear oxígeno a los pulmones de niños que, afectados por la enfermedad morían asfixiados; claro que el método era imperfecto. Los mantenía con vida siempre y cuando la enfermera no dejara de bombear oxígeno. La solución llegó semanas después de la mano de la feliz idea de acoplar una bomba mecánica a la bolsa de aire. Como era de esperar, la tecnología no tardó en ser; pero no habría de pasar mucho tiempo hasta que el avance obligó a los médicos a enfrentar situaciones clínicas hasta ese momento impensables. “Cuando comenzaron a aparecer los métodos de soporte vital, principalmente el respirador, los médicos se encontraron con que tenían pacientes que eran ventilados artificialmente, pero que sufrían cuadros neurológicos irreversibles”, comentó la doctora Rosa Angelina Pace, master en bioética de Universidad Complutense de Madrid.

Lentamente, las unidades de cuidados intensivos estaban comenzando a poblarse de un nuevo tipo de pacientes: personas que jamás recuperarían la conciencia, pero que podían ser mantenidas con vida durante décadas. Sucede que por aquel

entonces estaba aun en vigencia la idea tradicional de muerte, que la asocia al cese de la actividad cardiaca y respiratoria.

Mantener con vida a estos pacientes representaba tanto una prolongación injustificada del sufrimiento de sus familiares que asistían a una agonía eternizada, como un acaparamiento inconducente de recursos monetarios y de infraestructura hospitalaria." Ante esta nueva perspectiva, fue estrictamente necesarios la reformulación del concepto de muerte", dijo Pace.

En agosto de 1968, un comité de expertos de la facultad de Medicina de la Universidad de Harvard se expidió al respecto en un informe publicado por el Journal of American Medical Association (JAMA). Había nacido el criterio de muerte cerebral, que estableció que el fin de la vida llega cuando coinciden la muerte del tronco y de la corteza del cerebro. Sin embargo, algunos estudiosos el tema sugieren la incidencia de otro factor en la adopción de este nuevo criterio de muerte. Meses antes, el 3 de diciembre de 1967, el doctor Christian Barnard había realizado el primer trasplante de corazón esta nueva posibilidad trastocaban la mirada que se posaba sobre los pacientes con daño neurológico irreversibles que eran mantenidos vivos en forma artificial." La definición de muerte cerebral es, un artificio de técnica -opina el Dr. Mainetti- Tiene por único fin introducir la posibilidad de retirar un soporte vital y dar por muerta a una persona a la que se mantiene con vida sin ningún sentido, abriendo así la posibilidad de utilizar sus órganos para un trasplante".

El criterio de muerte cerebral es una de las primeras respuestas sobre los límites de la atención medica de aquellos pacientes que ya no son capaces de verse beneficiados por ningún tratamiento. Pero no es la única. Un paso mas allá se encuentra el derecho del propio paciente -o de su familia- a rechazar un tratamiento que se considera inútil. Se pueden señalar varios casos como impulsores del debate que finalmente diera lugar a la instauración de este derecho, aunque no cabe duda de que aquel quien aun perdura en el imaginario colectivo es el de Karen Ann Quinlan.

“En 1975, la joven Quinlan entro en un coma profundo que la llevo al síndrome vegetativo persistente -recuerda Mainetti. Si bien había sufrido la muerte de su corteza cerebral, sus funciones vegetativas estaban intactas” Esto implicaba que su caso no reunía los criterios de muerte cerebral. Por lo que a pesar que los médicos reconocían que jamás se recuperaría, se negaban a acceder al pedido de los padres de desconectar el respirador artificial que la mantenía con vida. En 1976, la corte de Nueva Jersey decidió aceptar el pedido de desconexión (aun así la paciente permaneció en estado vegetativo diez años mas).

En la Argentina, casi veinte años después, el caso Parodi sentó jurisprudencia en relación con el derecho de los pacientes a rechazar un tratamiento médico, aún cuando la negativa conlleve un riesgo de muerte. En 1995, el Juez Pedro Hooft, de Mar del Plata, falló a favor de este paciente diabético que se negaba a que le amputaran una pierna gangrenada que ponía en peligro su vida”, cuenta Mainetti. Pero la adopción por parte de la medicina del derecho de los pacientes de rechazar un tratamiento médico no fue tan sencilla. Pronto surgió la pregunta: ¿Qué decisión tomar cuando el paciente se encuentra imposibilitado de expresar su voluntad como resultado de lo avanzado de su dolencia?

El caso testigo que llevo a la luz este problema fue el de Karen Cruzan. En 1983, víctima de un accidente de tránsito, esta joven de 25 años entro en un coma irreversible; como su tronco encefálico se hallaba intacto Karen era capaz de seguir respirando sin necesidad de ser ventilada. Carecía sin embargo de la posibilidad de alimentarse, por lo que los médicos decidieron darle de comer mediante un tubo que se conectaba directamente con su estomago. Ese destino no era el que los padres de Karen deseaban para su hija, por lo que acudieron al tribunal. El problema era que no solo no reunía los criterios de muerte cerebral, sino que estaba incapacitada para expresar su voluntad que, según sus padres, hubiera sido poner fin a su existencia.

El juicio duro años, hasta que “antiguos amigos de Karen

recordaron que les había dicho cosas que sugerían que desearía morir si estuviera en una situación semejante-escribió el bioeticista Peter Singer en su libro Repensar la vida y la Muerte (Paidós, 1997).-El tribunal aceptó entonces que había pruebas claras y convincentes que su deseo era que no la mantuvieran viva en ese estado y permitió que le retiraran el tubo de alimentación.”

Cuando Karen murió, habían pasado casi ocho años desde el día del accidente. En el cementerio de Missouri donde descansan sus restos, hay una lápida que dice: “Nancy Beth Cruzan, Hija, hermana, tía muy querida, Nació el 20 de Julio de 1957. Murió el 11 de enero de 1983. En paz el 26 de diciembre de 1990.

El avance científico básico y sus aplicaciones tecnológicas han permitido a la medicina logros y metas impensadas hace apenas cincuenta años, pero también han transmitido a la sociedad un mensaje de omnipotencia y de poder que tiende a olvidar que la muerte es siempre el fin de la vida”, señala el doctor Gherardi en el citado simposio surge entonces la fantasía de vivir más allá de la muerte que ya se pronuncia.

Así, en los últimos años la pregunta por los límites que se deberían establecer a la ‘prolongación artificial de la vida han sumado un nuevo aspecto.”El conflicto ya no lo plantea el médico que se propone hacer una terapia que conduce al encarnizamiento terapéutico, sino que nace del paciente o de sus familiares que piden un tratamiento que no se considera eficiente”, afirma el doctor Mainetti. La respuesta de la bioética se centra en el llamado concepto de la futilidad, que de por sí es bastante controvertido.”Los tratamientos fútiles, esto es inútiles, lo único que logran es dar al paciente dolor, daño, incomodidad y gasto económico”, define la doctora Pace

Ahora, ¿Cómo se determina la futilidad de una terapia médica?

Existen dos criterios para la Doctora Pace

“La futilidad fisiológica es la más simple es cuando el tratamiento

demuestra no modificar las variables fisiológicas que uno busca. Otras personas sostienen que se puede definir la futilidad mediante criterios estadísticos: un tratamiento sería fútil cuando tiene menos del 1 % de posibilidades de resultar exitoso. "No es necesario aclarar que para determinar la futilidad de un tratamiento es necesario actuar caso por caso." Los límites que delimitan este concepto son muy controvertidos y discutibles; por eso las instituciones médicas cuentan hoy con comités de bioética ". Señala el doctor Edgardo A. Liaño, coordinador de la Unidad de Cuidados Paliativos del Cemec.

Los comités de bioética son en su propia definición, espacios multidisciplinarios y pluralistas que se nutren del aporte de expertos no solo provenientes de la medicina, sino también del derecho, la antropología, la religión y, en algunos casos, de representantes de la comunidad.

"La medicina como actividad artesanal detonada al cuidado y eventual curación de las personas siempre tuvo límites, pero el final de la vida llegaba por factores externos alejados de una decisión cercana de efectos inmediatos y directos. Ahora, y como resultado del progreso tecnológico, la posibilidad del manejo de las funciones vitales influye en la determinación y en el tiempo de la muerte -señala el doctor Gherrdi- "Esta cuestión central, que atiende a la realidad médica cotidiana y que se encuentra en el marco de las decisiones posibles con el hombre enfermo, marca el comienzo de toda una época de muerte intervenida, por oposición a la natural".

De otra forma, comenta por su parte el doctor Mainetti, "se ha producido una suerte de asalto tecnológico a la disponibilidad de los individuos sobre su propia muerte. Este asalto ha dado lugar a la medicalización de la muerte, obligando incluso a cambiar su definición a través de la adopción del criterio de muerte cerebral."

Para este experto en bioética, hoy la muerte no solo es controlable y admisible técnicamente, sino que resulta en cierta forma negociable. "La dramática situación actual de los recursos destinados a la salud lleva a que se establezcan

criterios para decidir que enfermedades se tratan cuales no. En Inglaterra, por ejemplo, el sistema de salud ha introducido recientemente medidas al consumo de salud al final de la vida".

¿Un ejemplo?::

"El sistema de salud ingles no provee de diálisis a los pacientes de mas de 50 años"

"No se si se puede hablar de negociación -dice por su parte la doctora Pace-, pero probablemente esta situación nos obligue a ser mas racionales en la practica medica ,a cuidar mas los recursos ,pero teniendo en cuenta que en medicina lo mas terrible seria hacer menos de lo que uno tiene que hacer." (20)

5-MORBIMORTALIDAD Y TECNOCIENCIA:

Los médicos solemos atribuir el aumento de la expectativa de vida en forma exclusiva a los adelantos de la tecnología médica. Esto significa un profundo desconocimiento de la historia de la medicina. Sin embargo son cada vez mas los autores que dan mas importancia al aumento económico y sociocultural de las personas y países.

El 19 de octubre de 1970, el doctor Edward Kass, profesor de medicina de la Facultad de Medicina de Harvard, pronuncio su discurso presidencial ante la Sociedad Norteamericana de Enfermedades Infecciosas. Para sorpresa de la concurrencia el doctor Kass afirmo que no había sido la investigación médica la que había acabado con la tuberculosis, la difteria, la neumonía y la sepsis puerperal; el merito de esos logros monumentales correspondía a las políticas de salud pública y sanidad, así como a la mejora del estándar de vida resultante de la industrialización. Kass les dijo que las estadísticas de muerte por tuberculosis, difteria, fiebre escarlatina, sarampión y tos ferina, revelan que la tasa de mortalidad debida a esas enfermedades experimenta una declinación paulatina desde mediados del siglo diecinueve. Además esa declinación no ha sido alterada significativamente por ningún gran descubrimiento científico. Al contrario de todo lo que les habían enseñado, en realidad esos grandes azotes de la humanidad habían empezado a ser controlados antes que la medicina se tornara científica. Es muy importante aclarar que el presidente de la Sociedad Norteamericana de Enfermedades Infecciosas no estaba diciendo a sus miembros que su trabajo no servía para nada. Lejos de eso, sus esfuerzos y los de sus predecesores eran de gran valor en la curación de aquellos pacientes individuales que todavía se contagiaban de esos males. Es indudable que la medicina científica puede curar o prevenir muchas afecciones y sería difícil encontrar habitantes del mundo industrializado deseosos de volver a la medicina precientífica.(21)

Recordamos a Morel y Retoro cuando decían que: "se ha llegado en la época actual (1961) a una sobre valoración del medicamento en si mismo, casi como único objetivo

de la acción médica y como exclusivo restituyente de la salud alterada. Se ha olvidado las enseñanzas de la historia de la sanidad. Enfermedades que causaron serias epidemias o endemias, por ejemplo: lepra, tifus, viruela, paludismo, tuberculosis, etc., desaparecieron disminuyeron notablemente su morbilidad en Europa, junto con el mejoramiento de las condiciones de vida y de trabajo, mucho antes del descubrimiento de las drogas milagrosas para esas enfermedades. En cambio se mantienen en los países subdesarrollados, pésimos niveles sanitarios a pesar de la existencia de los "medicamentos mágicos".

Algo similar parece estar sucediendo actualmente con el SIDA. En Europa y en los Estados Unidos, el número de los enfermos contagiados está disminuyendo. Por primera vez desde el comienzo de esta epidemia en marzo de 1987 los Centros para el Control y para la Prevención de Enfermedades de Atlanta anunciaban la tasa de mortalidad por sida descendía en Estados Unidos. Además, en septiembre anunciaban, que también por primera vez, se había registrado una reducción del número de nuevos diagnósticos de sida en dicha población. Las cifras comienzan a ser optimistas en el mundo desarrollado, tal como indican los datos que bajan en otras naciones.

Así como las epidemias épocas pasadas se comenzaron a resolver modificando las condiciones de vida antes del descubrimiento de los fármacos específicos, así los casos de infección de sida han comenzado a disminuir antes de descubrirse una vacuna, simplemente modificando las conductas de la población (ya hubieran querido en la Edad Media haber tenido la posibilidad del control sobre las epidemias como tenemos ahora en el caso del sida). Y sin embargo, seguimos apostando por la alta tecnología para resolver los problemas. A pesar de conocer el agente responsables del sida (el virus de la inmunodeficiencia humana), la modalidad de propagación de la enfermedad, (sexo sin protección y agujas hipodérmicas contaminadas) y los sectores poblacionales de mayor riesgo, elegimos apostar nuestra esperanza en la tecnología, (aunque, según el profesor Montaner, uno de los investigadores más expertos sobre sida en el mundo, ha declarado en el acto de clausura del VII Congreso de la Sociedad Catalana de Medicina Interna que se celebró en Palma de Mallorca que no cree que se disponga de una vacuna contra el sida antes

de dos generaciones el doctor Roberto Gallo descubridor del VIH cree posible que nunca se llegue a descubrir una vacuna eficaz contra esa enfermedad.)

Dice Golub, que "en cuanto sociedad decidimos no enfurecer a quienes la homosexualidad ofende-aun cuando ella es parte integral de de nuestra sociedad-o aquellos cuya religión impide informar a los adolescentes respecto a los condones .Era mas fácil no preguntarnos por que tantos se vuelcan al consumo de drogas .Jo que habríamos debido hacer si estableciáramos un programa de sustitución de jerguillas .Y podríamos seguir negando estas realidades ,porque la ciencia nos iba a evitar el disgusto proporcionándonos una cura de alta tecnología ".Es necesario comprender que ni siquiera seria eficaz un mensaje moralista represivo. No se trata de no drogarse y de no tener una actividad sexual todo lo numerosa que cada cual quisiera se trata simplemente de usar cada uno su propia aguja y de protegerse con preservativos .Y las campañas de educación en este sentido, han funcionado.No obstante, la enfermedad sigue en aumento en los países del Tercer Mundo, donde la epidemia sigue su curso y que nos remite a otra épocas de la historia con las otras enfermedades infecciosas siguen quedando al margen del optimismo los barrios marginales de nuestras ciudades .

Debemos recordar que la posibilidad de estudio del ser humano, como fenómeno natural, ha sido una conquista fundamental en el desarrollo científico, que es a partir del Renacimiento cuando el hombre se incorpora a si mismo como parte de la naturaleza y no como un ente totalmente separado de ella .Es gracias a dicho avance que ahora estamos en condiciones de exigir o pretender un replanteamiento de la medicina .No se trata de un rechazo de la medina científico naturalista ,sino de una superación de la misma.

De cualquier manera, frente al modelo "heroico" de medicina -que rechaza los limites del hombre - surge hoy un modelo humanístico o paliativo que intenta comprender la vulnerabilidad, de declinación y el final de la vida humana al encuentro de la ética del cuidado.

Quizás el punto de partida haya que situarlo en Descartes y el reconocimiento de dos tipos de fenómenos los de la naturaleza y los espirituales. El dualismo cartesiano, fijó el desarrollo en dos direcciones excluyentes entre sí que todavía persisten con fuerza poderosa por un lado el desarrollo científico materialista, mecanicista, y por el otro el metafísico espiritualista. Este sistema dualista permitió apartar los fenómenos humanos, que por su complejidad escapaban a la investigación científica de su época, facilitando y posibilitando un prodigioso desarrollo de las ciencias de la naturaleza. El procedimiento fundamental del método y el pensamiento mecanicista consiste en una de las célebres reglas cartesianas de descomponer lo complejo en sus elementos o partes constitutivas. Esta fragmentación de las totalidades complejas, a la par que resulta de gran utilidad en propulsar el conocimiento científico de la naturaleza, tiene la desventaja de que la totalidad originaria no puede ser obtenida con una simple adición de las partes, a lo que se agrega el hecho de que estas últimas solo tienen sentido dentro de la unidad y totalidad originarias.

Esta conquista metodológica se ha mostrado de un considerable alcance que no se puede menospreciar. Pero la operatividad de las ciencias biomédicas se ha adquirido a costos bien grandes. Ellas han convertido al ser humano en un objeto. Ellas lo han objetivado. Lo han abstraído de su historia, de su subjetividad, de su existencia.

La objetivación del ser humano por las ciencias biomédicas consiste en poner entre paréntesis ciertos aspectos del ser humano para subrayar otros. El tiempo cronometrable ha sido abstraído de la duración, la geometría del espacio afectivo, la evolución del organismo del destino personal. La objetivación del ser humano es necesaria para establecer, a su servicio, un saber verdaderamente operatorio. Objetivarlo es, con frecuencia un error por falta de lucidez epistemológica. Pero en nuestra cultura profundamente marcada por el éxito de las ciencias y de las técnicas no hay, desafortunadamente, más que un paso de la objetivación a la objetificación. (23)

Al médico se lo prepara para enfrentar a un sujeto

ahistórico, desvinculado de su realidad social. La manera como se estructura el currículo de las distintas especialidades conduce a un conocimiento más profundo de aspectos muy específicos del organismo, pero a su vez lleva al médico a una mayor ignorancia respecto del cuerpo humano en su conjunto. Al fragmentarse el organismo para su estudio intensivo, también se fragmenta la responsabilidad del médico frente a su paciente. Así no es raro que un enfermo ingresado en cualquier gran hospital y que es visitado por un buen número de especialistas, no sepa respondernos cuando le preguntemos quien es su médico.

Se ha afirmado con frecuencia que el enfoque dominante sobre salud y enfermedad en la sociedad occidental moderna es aquel que busca la explicación de la enfermedad en principios físicos reduccionistas y que opera con un dualismo mente-cuerpo que es una perspectiva en la cual los dos reinos son distintos y separados. Engel llama a este enfoque el "modelo biomédico:" (24)

"Hoy día, el modelo dominante de la enfermedad es biomédico; En él, la biología molecular es la disciplina científica básica. Da por sentado que la enfermedad es perfectamente explicable por medio de desviaciones de la norma de variables mensurables (somáticas). En este marco no se deja lugar para las dimensiones sociales psicológicas y conductuales de la enfermedad."

Al hablar del quehacer médico, Bilibine, Profesor de Clínica Médica de la Facultad de Medicina de Moscú, formuló el siguiente decálogo:

1-Si para el sabio la observación es indispensable, entonces el médico clínico debe ser el campeón de la observación.

2-El clínico tiene la obligación de comprender al enfermo.

3-El clínico debe tener intuición (ojo clínico), para ello es preciso y

garantiza el acceso al paciente en tanto que hombre, que persona.

4-Las máquinas, hasta el presente, están monstruosamente cerradas a todo lo referente a las cualidades individuales de una persona.

5-Un cibernético contemporáneo ha calificado a las máquinas calculadoras como "idiotas dotados de una fenomenal aptitud para el cálculo"

6- El clínico debe tener el sentido de la unidad, si no lo tiene, quizás sea médico, pero jamás será un buen clínico.

7- ¿Qué significa amar a los enfermos? Significa comprenderlos.

8- Un médico de buena cepa no olvida nunca el mundo interior del enfermo. Si lo rechaza será igualmente un artesano primitivo

9-Lo esencial de un médico clínico debe ser su aspiración de comprender la individualidad de sus pacientes y de abarcarlos en su integridad.

10- El estudio del enfermo debe comprender matices, sin los cuales los estudios matemáticos pierden valor. Cada enfermo siempre tiene algo de nuevo. (25)

6-MUERTE NATURAL-MUERTE CIVIL:

Desde una óptica puramente jurídica, es de recordar que el Art.103 del Código Civil argentino cuerpo normativo que entro en vigencia el 1º de Enero de 1871 indica preliminarmente que "termina la existencia de las personas con la muerte natural de ellas ", para luego agregar que "la muerte civil no tendrá lugar en ningún caso, ni por pena, ni por profesión en las comunidades religiosas". Citamos este precepto donde se nombra a la " muerte natural ", actualmente se habla de distintos tipos de muerte (clínica, neocortical,etc.)a fin de aclarar su alcance jurídico ,el cual no es otro que el que le da la segunda parte del artículo ,esto es ,contrastarla con la muerte civil . Se entiende así el termino "natural " con el que Velez Sarfield califico a la muerte física, a los fines de normar el hecho jurídico (esa muerte) con el que concluye la existencia de los seres humanos en cuanto "personas" en sentido técnico jurídico - como "sujeto de derecho, esto es todo portador de facultades y de deberes jurídicos, termino que indica un centro de referencia de relaciones jurídicas -- y, con ello, repudiar expresamente y erradicar del derecho argentino a la figura de la muerte civil --de suyo incompatible en aquel entonces con las disposiciones de los artículos: 14-15-16 de la Constitución Nacional de 1853.institución esta última que alcanzaba a título adicional a los condenados a la deportación o a cadena perpetua ,y por incidencia del voto religioso en la vida civil a los sacerdotes que ingresaban como regulares en una orden religiosa-formulando votos perpetuos de obediencia ,castidad y pobreza -- tal como estaba previsto en algunas legislaciones de la época (y aun perduro en algunos países hasta mediados del siglo pasado) ,con lo cual el "civilmente muerto" era reputado fallecido -- perdiendo así su calidad de sujeto de derecho (persona jurídica) --para todos los efectos civiles ,con las consecuencias jurídicas que se seguían de tal situación (en suma y en general :perdida de todos los derechos civiles y políticos, incluyendo los títulos nobiliarios, en su caso; disolución de vínculo matrimonial yapertura de su sucesión.

Cabe entender de acuerdo con lo antes dicho que la "muerte natural" del citado artículo 103, es simplemente la muerte, a secas --hecho jurídico natural (Art. 896 CCD. Civil) -- con independencia de la forma en que acontezca y de la calificación medica que reciba.

DERECHO PENAL Y RESPONSABILIDAD CIVIL:

La DNR (do not resuscitate orders) Orden de no resucitación que preferimos denominar decisión de no reanimación ,dado que más que una orden se trata de una decisión ético clínica. (por cierto, vinculante), como tal, racionalmente adoptada; Expresiones estas dos ultimas que si bien tienen un significado y empleo medico técnico claro y específico, pueden resultar literalmente conmovedoras, máxime por llevar implícitas un alto contenido emocional .En efecto ,empleando términos propios del psicoanálisis ,podemos decir que ,al hablar de estos temas- enfermedad, sufrimiento, dolor, morir y muerte -,en el proceso de transferencia y contratransferencia ,lo que se transfiere (especialmente en el marco de la relación medico paciente),son contenidos harto estresantes y la mas de las veces ,altamente destructivos ,que resultan como tales, muy difíciles de elaborar.(25)

Se entiende que el acto medico es dado de ser reputado fútil cuando carece de sentido(de justificación) efectuarlo, por considerarlo que resultara irrazonable e inoperante ,en particular, tratándose de pacientes irreuperables.La DNR importa el abstenerse de efectuar una reanimación cardiopulmonar (RCP) ante un paro respiratorio (PCR) dentro de un cuidadoso proceso de toma de decisión, respetándose las voluntades y preferencias del paciente antes competente (principio bioético de autonomía) que sabe de su estado (deber bioético de veracidad) y con su previa anuencia esclarecida (regla bioética del consentimiento informado),o bien ,con el asentimiento de sus representantes legales, familiares o personas a cargo (consentimiento sustitutorio o subrogado),o cuando, desde el punto de vista medico y bioético, la RCP es considerada inapropiada y fútil (futilidad de comienzo),en todos estos casos ,siempre atendiendo al mejor interés del paciente (principio bioético de beneficencia) y evitándole todo daño (principio bioético de no maleficencia).(26)

Por ello, la DNR no importa discriminación alguna ni, menos aun,"abandono" del paciente -ni en su caso mistanasia (abandono del paciente moribundo) - a quien se le seguirá atendiendo, prestandole cuidados paliativos, evitándose situaciones de

tal agresividad -y de allí la justificación ética de la DNR -que puedan conducir al denominado encarnizamiento terapéutico, por el que se crea una muerte cruel al enfermo.

Ello, así es claro que, para la toma de estas decisiones, la práctica médica depende de la respuesta ética que se brinde "a" y "en" los casos límite en cuestión, decisiones que deben ser prudencialmente tomadas "en situación", es decir, hoy, y en cada caso concreto -debiendo inferirse si cada tratamiento es fútil o provechoso "para que" -, dado que años, atrás, estas cuestiones -muchas veces dilemáticas -no podrían haberse planteado en la praxis médica cotidiana. En efecto, la biotecnología médica de alta complejidad disponible actualmente brinda la posibilidad de prolongar vidas humanas cuyo único destino, hace algunos años, era la muerte; si bien vale acotar, que en muchos casos esas técnicas pueden garantizar la prolongación de los signos vitales, pero no pueden ser llamados ciertamente prolongación de la vida. Y este hecho técnico genera la indispensable "revisión de la conducta a tomarse en pacientes gravemente afectados, a veces en situación crítica en situación en donde la medicina los coloca en la categoría de incurables, por lo que se vienen trazando normas sobre admisibilidad de pacientes en las unidades de Terapia Intensiva (UTI). Todo esto hace pues, a la toma de decisiones médico-éticas, adecuadas y honestas en esta materia.(27)

Del análisis y de la implementación de la DNR surge que jamás puede tipificar esto la fantasmagórica figura penal del delito de peligro denominado "abandono de persona".

Corroboremoslo: el artículo 106 del Código Penal dispone que: "El que pusiere en peligro la vida o la salud de otro, sea colocándolo en situación de desamparo, sea abandonando a su suerte a una persona incapaz de valerse y a la que debe mantener o cuidar o a la que el mismo autor haya incapacitado, será reprimido con prisión de tres a diez años, si a consecuencia del abandono resultare grave daño en el cuerpo o en la salud de la víctima. Si ocurriere la muerte, la pena será de cinco a quince años de reclusión o prisión."

En los casos de que tratamos, la vida del paciente ya se encuentra "en peligro", y su salud esta minada; no se lo coloca en situación de "desamparo" ni se lo abandona "a su suerte", ya que se le brindan los cuidados del caso. El grave "daño en el cuerpo y la salud" del paciente ya existe, y su muerte no será efecto de la no prestación de un tratamiento fútil o del empleo de la DNR, sino la inevitable consecuencia del devenir natural y ordinario de los acontecimientos. Y no se lleva al paciente, dolosamente, por hipótesis, fuera del ámbito hospitalario el que -en su caso- se encuentre, ni se lo deja (por lo expuesto) sin protección, siendo para el paciente mugiente un mejor ámbito que la UTI, su hogar, sin bien, no siempre, un hospice, centros de cuidado y acompañamiento de "enfermos terminales" -u otra unidad hospitalaria adecuada- preferentemente de cuidados paliativos (de haberla) -en su caso, en donde, sin estar plagado de sondas, tubos y cables, en soledad, inmovilizado y sin poder hablar, puede disfrutar de un mejor ambiente y de la compañía de sus seres queridos.

Sabemos que la Eutanasia, en nuestro derecho, no se encuentra expresamente prevista como un tipo penal específico, quiere decir, que no existe el delito de "eutanasia". Por lo tanto las situaciones eutanásicas pueden llegar a configurar los delitos de homicidio simple (ART. 79 Cod. Penal: Se aplicara reclusión o prisión de ocho a veinticinco años, al que matare a otro, siempre que en este Código no se estableciere otra pena.), o de homicidio calificado (Art. 80 Se impondrá reclusión perpetua o prisión perpetua, pudiendo aplicarse lo dispuesto en el artículo 52 al que matare:

1. a su ascendiente, descendiente o cónyuge, sabiendo que lo son,
2. con ensañamiento, alevosía, veneno u otro procedimiento insidioso,
3. por precio o promesa remuneratoria
4. por placer, codicia, odio racial o religioso,
5. por un medio idóneo para crear un peligro común,
6. con el concurso premeditado de dos o más personas,
7. para preparar, facilitar, consumar u ocultar otro delito o para asegurar sus resultados o procurar la impunidad para sí o para otro o por no haber logrado el fin propuesto al intentar otro delito.

Cuando en el caso del inciso I de este artículo, mediaren circunstancias extraordinarias de atenuación, el juez podrá aplicar prisión o reclusión de ocho a veinticinco años).

Y aun de homicidio en estado de emoción violenta (ART.81 Inc.I se impondrá reclusión de tres a seis años, o prisión de uno a tres años: a) al que matare a otro, encontrándose en un estado de emoción violenta y que las circunstancias hicieren excusable.

b) al que, con el propósito de causar un daño en el cuerpo o en la salud, produjere la muerte de alguna persona, cuando el medio empleado no debía razonablemente causar la muerte).

De igual modo el "suicidio asistido" podrá tipificar el delito de instigación o ayuda al suicidio (ART.83 será reprimido con prisión de uno a cuatro años, el que instigare a otro al suicidio o lo ayude a cometerlo, si el suicidio se hubiese tentado o consumado).

Pero esto no significa —como lo advierte Rodríguez Varela— que la ley argentina imponga la obligatoriedad del encarnizamiento terapéutico o distan asía frente a moribundos ni el empleo de medios desproporcionados. Lo que el Código penal incrimina es la muerte provocada por "comisión" (cuando se induce la muerte con o sin beneplácito del sujeto) o por "omisión" (cuando se le niegan los cuidados ordinarios y proporcionados para evitar la muerte). Este autor sostiene que el médico no está de ningún modo obligado al ensañamiento terapéutico y por ello no necesita de ninguna ley que lo libere de tal hipotética obligación.

En efecto cuando se trata de omisión deliberada de medios terapéuticos ordinarios y útiles no hay duda que se trata de eutanasia puesto que se produce una muerte evitable, en principio, el eludir procedimientos que eran de por sí aptos para mantener la vida. Se trataría de un homicidio cometido por omisión, los recursos negados eran idóneos, al menos potencialmente, para evitar un desenlace inmediato. El consentimiento o el requerimiento del paciente o de sus familiares no es suficiente borrar la ilicitud del acto ni lo es tampoco el móvil piadoso determinante de la omisión antijurídica. Por el contrario, cuando se trata de la no utilización o la supresión de medios terapéuticos desproporcionados

o extraordinarios con relación al resultado que pueda esperarse según la condición del enfermo, la situación difiere tanto desde el punto de vista ético como del legal, dado que en estos casos, la omisión terapéutica no tiene eficacia causal en la determinación del deceso, razón por la cual, como nada puede hacerse para modificar el curso de los acontecimientos que aparecen como irreversibles, la no utilización de medios extraordinarios o desproporcionados no será antijurídica, la "actividad" del sujeto no es exigida ni por la ley, ni por las partes ni por circunstancias por carecer de idoneidad para interrumpir el proceso causal y evitar el desenlace dañoso, este no podrá imputarse al omitente.

Por consiguiente las situaciones ortotánasicas no son pasibles de configurar ningún tipo de homicidio doloso --ni simple, ni agravado, ni atenuado--, ya que no importan en los términos de ley "matar a otro". De igual modo tampoco son aptas para configurar un homicidio culposo, ya que, procediendo conforme a "lex artis", no se dan aun los recaudos de esta figura penal (imprudencia, negligencia, impericia, en el arte o profesión, inobservancia de los reglamentos y deberes a cargo.).

Mal podría implicar acortamiento de la vida o causación de la muerte la desactivación y retiro de los aparatos que mantienen artificialmente la respiración y circulación sanguínea de un muerto cerebral, lo que equivale a decir, un muerto, sin adjetivos, a todos los efectos jurídicos, esto último de conformidad con lo normado por los artículos 23 y 24 de la ley 24.193 (Ley de transplantes: art. 23 El fallecimiento de una persona bajo ventilación mecánica asistida se considerará tal cuando se verifiquen de modo acumulativo los siguientes signos, que deberán persistir ininterrumpidamente durante (6) seis horas después de su constatación conjunta:

- a) Ausencia irreversible de respuesta cerebral, con pérdida absoluta de conciencia.
- b) Ausencia de respiración espontánea.
- c) Ausencia de reflejos cefálicos y constatación de pupilas fijas no reactivas.
- d) Inactividad encefálica corroborada por medios técnicos y/o instrumentales, adecuados a las diversas situaciones clínicas, cuya nomina será periódicamente actualizada por el Ministerio de Salud, con el asesoramiento del Instituto Nacional Central Único

Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI)

La verificación de los signos referidos en el inciso d) no será necesaria en caso de paro cardiorrespiratorio espontáneo total e irreversible.

Art.24 A los efectos del artículo anterior, la certificación del fallecimiento deberá ser suscripta por dos (2) médicos, entre los que figurara por lo menos un neurólogo o neurocirujano ninguno de ellos será el medico o integrara el equipo que realice ablaciones o implantes de órganos del fallecido.

La hora del fallecimiento será aquella en que por primera vez se constataron los signos previstos en el artículo 23). Aunque no se procediera a la ablación cadavérica de órganos, por la simple razón de que no se puede matar a un ser humano legalmente considerado muerto, artículo 41 Código penal (... Si el delito fuera imposible la pena disminuirá en la mitad y podrá reducirse al mínimo legal o eximirse de ella, según el grado de peligrosidad revelada por el delincuente.)

Un juez en lo criminal y un medico paliativista han dicho que: "la interrupción de medios artificiales y de sostén vital en casos de un estado vegetativo persistente, previo dictamen de una junta medica y o Comité de Ética, en diálogos con familiares directos del paciente resulta inobjetable "ante la inexistencia de toda posibilidad de recuperación." En tales supuestos, el equipo medico tratante no incurre ni en violación del deber de cuidado ni en abandono de persona, ni dado que la interrupción del soporte vital en tales casos, no es la causante de la eventual muerte del paciente, en homicidio".

Esta decisión se halla justificada éticamente por ser la mas acorde con el principio de beneficencia y por no afectar los de autonomía y justicia, los que si se verian afectados --al igual que el de no maleficencia --de prolongarse sine die con el tratamiento de soporte vital en un paciente en estado vegetativo persistente, dado que , -al entender otro juez en lo criminal- un proceder profesional obstinado en el alargamiento de la vida vegetativa de quien ya no posee conciencia de si ni capacidad para la vida de relación, en procesos seriamente juzgados como irreversibles, configura algo peor que un indebido "encarnizamiento terapéutico". Porque cuando ya no se puede sanar ni mejorar al paciente, cuando se reconoce la irreversibilidad de una patología que involucre su propia índole humana, el conservar

artificialmente las funciones inferiores de su sistema nervioso ,nada tiene de terapeutico.Quien no puede curar no tiene derecho a proseguir interviniendo en ese máximo baluarte de la privacidad configurado por el cuerpo humano ,a riesgo de cometer ,paradójicamente una sevicia ,esto es jurídicamente ,un tipo de homicidio calificado en razón de la crueldad excesiva con que se comete ,actualmente en la figura penal del homicidio con ensañamiento art. 80 Código penal (Se impondrá reclusión perpetua o prisión perpetua ,pudiendo aplicarse lo dispuesto en el artículo 52 al que matare:...2º con ensañamiento,alcovosia,veneno u otro procedimiento insidioso ...) Podemos interpretarlo entonces como el hecho de matar a otro aumentando en forma deliberada , innecesaria e inhumana , los dolores o padecimientos de la víctima , agravante que queda excluida cuando falta el elemento subjetivo (intención deliberada de matar en forma cruel),razón por la cual se puede considerar discutible que tal delito pueda llegar a tipificarse en la especie, si bien dicho proceder resulta, sin duda alguna ,éticamente condenable y el daño que se sigue de el podría ser civilmente resarcible.

Se ha afirmado reiteradamente ,con respecto a los pacientes en estado de coma prolongado , que ha de reputarse lícito el retiro o abstención de uso de los medios artificiales de reanimación de las funciones cardiorrespiratorias, en caso de estado comatosos juzgado irreversible , según dictamen emitido con anterioridad de dicho retiro por médicos especialistas distintos de aquel por quien ,o bajo cuya dirección ,el mismo tenga lugar , mediando conocimiento al efecto del afectado o de sus familiares o decisión tomada es conforme a la buena practica de la lex artis ,ni por ende responsabilidad civil alguna, las que si podrían existir en las situaciones distanasicas ,y sin lugar a dudas , en los casos de encarnizamiento terapéutico .

Todo lo expresado hace que no se entienda muy bien la razón de ser de esos famosos “ temores “ de algunos médicos a una supuesta “desprotección legal “ y o a la promoción en su contra de extrañas acciones judiciales , todo lo cual en lugar de acudir a correctas soluciones ortotanasicas , los llevaría a intervenciones distanasicas y al encarnizamiento terapéutico .Situaciones ante las cuales no cabe duda ,que el propio

paciente , en su caso , o tercero legitimados por ello , puedan instaurar una protección de amparo contra el equipo medico , a fin de poner termino a aberraciones tales y poder así el primero morir con la dignidad de la cual dichas disparatadas "medidas terapéuticas" fútiles lo privan ,lesionando y restringiendo groseramente, en forma actual y arbitraria , sus derechos a la dignidad , a la privacidad , a la intimidad y a la libertad , entre otros.(art.43 Constitución Nacional)."...Toda persona puede interponer acción expedita y rápida de amparo, siempre que no exista otro medio judicial mas idóneo , contra todo acto u omisión de autoridades publicas o de particulares ,que en forma actual o inminente lesione, restrinja, altere o amenace , con arbitrariedad o ilegalidad manifiesta , derechos y garantías reconocidos por esta Constitución, un tratado o una ley .En el caso , el juez podrá declarar la inconstitucionalidad de la norma en que se funde el acto u omisión lesiva...."

8-CONCLUSIONES

Cuando se ha transitado durante muchos años una carrera donde día a día se compite con las miserias humanas, donde se aprende a ver a las personas en los momentos más difíciles cuando no hay diferencias sociales, ni económicas, porque las enfermedades, no saben distinguir entre las clases, no entienden de posibilidades económicas, lo único que nos iguala a los seres humanos son los dolores, el sufrimiento, y fundamentalmente "la muerte"; se aprende especialmente a saber hacer de la medicina, de toda la ciencia que aprendimos un arte, el "arte de curar", nos convertimos en la figura que cumple el rol de sacerdote, amigo, familia, todo lo que el paciente sufriente necesita en ese momento, somos el único capaz de escuchar su dolor, de entender su temor a sufrir y a morir.

Es por todo lo que uno puede entender al recorrer todas estas citas bibliográficas, que el verdadero "medico" no es aquel que sabe sobre el último medicamento, ni sobre los últimos estudios diagnósticos, sino aquel que tiene el tiempo suficiente a los pies de la cama de su enfermo para escucharlo, para entenderlo, para ayudarlo.

Debemos entender que si hay delito de mala praxis en el no hacer, también es un delito el hacer de mas, el hacer con obstinación, por la soberbia del medico que lo hace omnipotente, que cree poder hacer que exista la vida eterna, que cree que la vida es estar conectado a una maquina sin poder decidir sobre la propia vida, olvidándose de la verdadera ley, la ley del respeto por el individuo, por sus derechos, por su autonomía en la toma de decisiones, en su poder decidir como quiere morir, dejando tal vez si su fe lo acompaña el cuando en manos de su "dios".

Cuando aprendamos a respetar el derecho a la vida, con la dignidad de vida que cada uno queremos para nosotros en la vida de cada uno de nuestros pacientes.

Cuando aprendamos a hacer protocolos donde el consentimiento informado no sea solamente una formalidad, sino un pleno convencimiento

que el derecho a decidir sobre nuestra salud, sobre nuestro cuerpo, sobre nuestra forma de vivir y de morir, merece que un médico de parte de su tiempo en explicar, aclarar, escuchar, y ayudar a entender lo que se hace difícil en el lenguaje científico.

Cuando comprendamos que la ley hoy nos persigue por no hacer o hacer Mal que cuando descubran que hacer demás, con ensañamiento terapéutico, sin poder explicar un verdadero criterio humano en nuestra práctica, también puede ser penado.

Tal vez si estas reflexiones, nos abren un camino a la reflexión de cada uno de los que caminamos por la ruta de la vida, la salud, la enfermedad y la muerte; tal vez entonces vamos a poder llamar a nuestra profesión el arte de curar.

La Comisión Central de Deontología en Junio de 1986 da a conocer una Declaración sobre Eutanasia y Medicina Paliativa:

“..... el médico dignifica la muerte cuando se abstiene de tratamientos dolorosos e injustificados y cuando los suspende porque ya no son útiles. La deontología impone al médico el deber de reconocer los límites de la actuación médica aun ayudado por la mas poderosa tecnología, de ser consciente que el abuso tecnológico causa en el paciente y en los allegados del paciente sufrimiento, humillación, indignidad, de modo que la Medicina es tachada de inhumana y altanera....”

9-BIBLIOGRAFIA

- 1- GRACIA D. "Dilemas éticos en el final de la vida" .Rev. del Htal.Italiano de Buenos Aires.Vol.XV Sup.I 1995 pg.5 y ss.
- 2- MAINETTI J. "Bioética fundamental .La crisis bioética." Ed.Quiron .La Plata 1990 pg. 9-10.
- 3- MAINETTI J. "Las transformaciones de la medicina". Ed.Quiron. La Plata 1992 pg. 9.
- 4- MAINETTI J: "Bioética fundamental .La crisis bioética " Ed.Quiron .La Plata 1990 pg.41-61
- 5- ALAFA (Alianza latinoamericana para la familia) Univ.Austral .Instituto de Ciencia para la familia .Boletín Informativo .2002
- 6- MARCIANO VIDAL."Moral de la persona y bioética teológica" Ed. PS. 8-a.Ed. Madrid. 1991 pg.500
- 7- MARCIANO VIDAL. "Moral de la persona y bioética teológica" Ed. PS.8-Ed.Madrid 1991 pg.501-503.
- 8- T. MORO "UTOPIA" Traducción de P.R.Santidrian .Ed.Alianza. Madrid 1987 pg. 161-162.
- 9- G.HIGUERA "Distanasia y moral :Experimentos con el hombre .Santander. 1973 pg.252
- 10- ALCALA ,a c. Manual de bioética clínica practica Ed.Furden 1998 pg.353-354
- 11- ORTIZ VILLATOS ,a c. Fundamentos de Bioética .Ed.Furden 1989 pg.380
- 12- ASS 49 Boletín de la Sociedad matemática de Francia. Univ. Bordeaux 1957 Ed.Eudema pg.1030
- 13- Consejo Permanente de la Conferencia Episcopal .Eclesia 25 Alemania 1974
- 14- V.MARCONI .Diario "YA" 11-12-75 p25
- 15- D.MANSO "El derecho a morir con dignidad" Iglesia Viva Nº 125 1986 pg.413-430
- 16- CASTAÑARES W.,GONZALEZ QUIROS. Diccionario de citas. Madrid.pg.134-135
- 17- WEISMAN A.D. "The realization of death" Nueva York Aronson 1974
- 18- MARCOS GOMEZ SANCHO "Medicina Paliativa Ed.Aran 1998 pg 191
- 19- ALAFA .ALVAREZ BELTRAMO .Documentos Alianza Latinoamericana para la familia.2002
- 20- RIOS SEBASTIAN "La Nacion" Octubre 6 de 2002
- 21- MARCOS GOMEZ SANCHO "Medicina Paliativa" Echaran 1998 PG.160
- 22- MOREL P.D. "Algunos aspectos del problema de los medicamentos" Bs.As. Fundamentos. 1961 : 9
- 23- MALHERBE JF. "Hacia una ética de la medicina" Ed.Santafe de Bogota 1993 San Pablo PG.100
- 24- EISENBERG L."Disease and illness" Culture, Medicine and Psychiatry 1997 Vol.1 pg.9-23
- 25- BLANCO LUIS "Reflexiones acerca de la información que se suministra al paciente oncológico" Cuadernos de Bioética". Ed. AD. HOC. Año 2 Nº 1 Bs.As. 1997
- 26- JOURNAL INTERNATIONAL DE BIOETICA 1998 Vol.6 Nº4 pg. 214-18 317-18
- 27- HURTADO HOYO E. y col. "Ética y Cirugía" Curso de Ética pg.83-234-278-79
- 28- CODIGO PENAL de la NACION.
- 29- CODIGO CIVIL de la NACION.
- 30- CONSTITUCION DE LA NACION.