

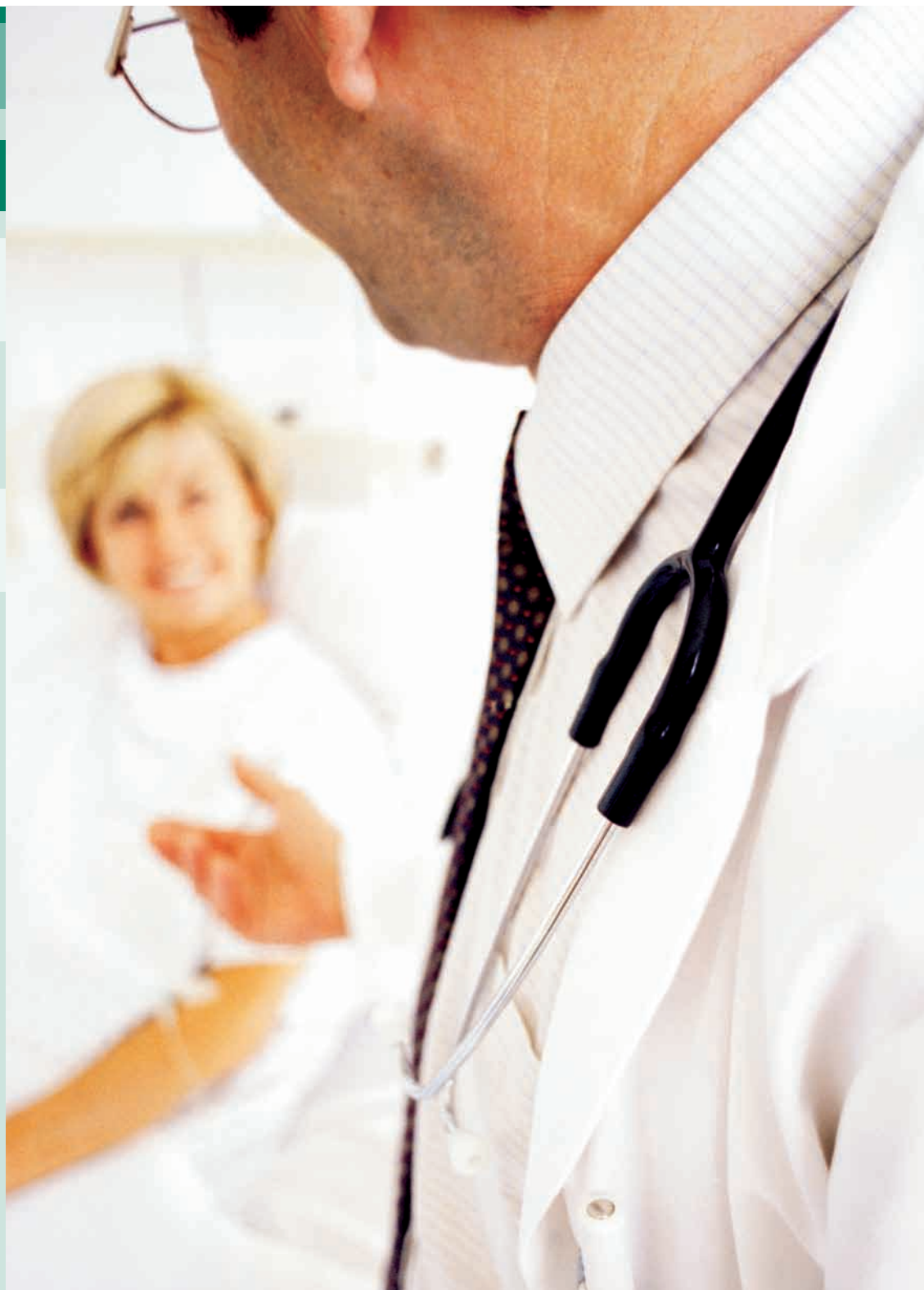
SUMARIO

Pág. 2.
Nota del Editor.

Pág. 3.
Responsabilidad Civil
Profesional de las Instituciones
de Salud.

Pág. 7.
Recomendaciones Generales.

Pág. 8.
Mantenimiento o Suspensión
de un Soporte Vital.



Nota del Editor



Horacio E. Canto
Editor responsable

Estimados Asegurados:

Continuando con el análisis de temas de interés médico legal, hemos decidido encarar uno muy difícil, como es la decisión de mantener o retirar una terapéutica de soporte vital en pacientes con cuadros irreversibles o terminales.

Los múltiples aspectos a considerar, humanos, religiosos, éticos y legales, hacen de ello un tema muy importante en la práctica del médico asistencial.

Asimismo les acercamos algunas consideraciones sobre la responsabilidad de las instituciones médicas.

Confiado en que sean de vuestro interés, los saluda atte.

Dr Horacio E. Canto
Gerente de Administración de Riesgo
Swiss Medical Group



Línea "On line 24 hs": (011)(15) 4947-7136
Dra Flichman.
Línea diurna: (011) 5239-6300
Dra March/Dr Susman (12 a 18 hs).
E-mail: guardia24@smg.com.ar

Responsabilidad Civil Profesional de las Instituciones de Salud

Introducción

Ante la creciente judicialización de la medicina, realidad palpada por todos los que formamos parte de un equipo de salud, también las instituciones asumen un costo y una responsabilidad muy importante, por la asistencia profesional que ofrecen y garantizan.

Las estadísticas de juicios y mediaciones nacionales, que coinciden con las propias de **SMG Seguros**, indican que más del **60%** de los reclamos recaen sobre las instituciones de salud, ya sean financiadoras o prestadoras.

Si bien el análisis es complejo, y tiene aristas muy diferentes, entre los factores que determinan este resultado, sin duda se encuentra la pérdida de la relación personal con el médico de cabecera, reemplazada por **“el médico del prepago o la obra social”**, donde muchas veces el paciente recuerda haber ido a la guardia de una institución, pero no sabe el nombre siquiera del profesional que lo asistió.

La “relación contractual” a su criterio, la establece entonces con la obra social o la institución de salud, y no en forma directa con el profesional, que circunstancialmente lo atendió.

Ya en el 2004 decía un fallo de la Corte Suprema de España: “cada vez más, se desplaza la responsabilidad del médico a la responsabilidad del centro médico: si consta la actuación de aquél que con nexo causal produce un daño, es clara la responsabilidad; pero si no consta cómo, en qué forma y por quién se ha producido, la responsabilidad es directa del centro”.

Debemos también analizar los derechos del paciente en su rol de “consumidor” de servicios de salud, incluyendo entonces aquí el derecho a la protección de la salud, seguridad e intereses económicos del mismo en cuanto a usuario de los servicios asistenciales contemplado en la **Ley de Defensa del consumidor (Ley 24.240)**.

Por lo tanto el marco legislativo es amplio, con un abanico que abarca desde la Constitución Nacional, el Código Civil e importantes leyes nacionales como la reciente Ley de Derechos del paciente y la mencionada anteriormente Ley de Defensa del consumidor.

Terminando con esta introducción, quisiera citar una frase del Prof. Fernando PANTALEÓN quien dijo “... indemnizar



no borra el daño del mundo, simplemente lo cambia de bolsillo. Por tanto, hay que tener una buena razón para realizar ese cambio y considerando la cuestión como una exclusivamente entre cada dañante y cada dañado, no es razonablemente discutible que la mejor de tales razones es que la conducta del dañante sobrepasó el límite del riesgo que nos permitimos los unos a los otros en la realización de ese tipo de conductas: que aquél incurrió en culpa”

Factores de atribución de Responsabilidad Civil para las Instituciones de Salud

Comenzaremos analizando los cuatro presupuestos básicos que deben cumplirse, según marca tanto la doctrina como la jurisprudencia, para que se genere Responsabilidad Profesional, entendiendo ésta como **“la obligación de responder económicamente ante la generación de un daño, como mecanismo de reparación del mismo”**.

Presupuestos básicos:

- Acreditación del daño como elemento objetivo: sin daño no hay responsabilidad.
- Antijuridicidad del daño producido.
- La existencia de un factor de atribución de responsabilidad (Los factores de atribución son las razones que justifican que el daño deba ser reparado).
- Un nexo causal adecuado entre el acto u omisión antijurídica y el daño causado.

A diferencia de lo que ocurre con los médicos y otros profesionales de la salud, a los que por regla se aplican factores de atribución de esencia subjetiva, especialmente la culpa, (entendiendo por formas de culpa: negligencia, impericia, imprudencia o inobservancia de los deberes a su cargo), respecto de la responsabilidad de los organismos públicos de salud y empresas que prestan servicios médicos y hospitalarios, **los factores de atribución de responsabilidad aplicables son objetivos.**

Es así que la responsabilidad de las instituciones por la actuación de sus médicos será uno de los supuestos de responsabilidad del mismo, pero no el único ni muchas veces el principal, no pudiendo por tanto acudir a un fundamento subjetivo de la responsabilidad del centro asistencial.

El sanatorio o empresa de salud celebra un atípico y complejo contrato de "clínica o de hospitalización" con el paciente, dentro del que cabe abarcar la prestación de distintas especies de servicios, según la concreta modalidad que se haya convenido, incluyendo, en todo caso, servicios denominados extramédicos -que nada tienen que ver, directa o indirectamente, con la Medicina, como son los relativos al hospedaje y alojamiento- junto con los llamados asistenciales, (por ejemplo, la administración de los fármacos prescritos, la vigilancia y seguridad del paciente, etc.), pudiendo comprenderse, además, actuaciones estrictamente médicas o no, en atención a si el paciente contrata también con la propia clínica tales actos médicos a realizar por los facultativos que dependan profesionalmente de esta última o, por el contrario, haya optado por escoger libremente a un médico ajeno a la clínica en cuestión.

El incumplimiento de alguna obligación incluida en este contrato atípico compromete la responsabilidad de la empresa sanatorial, sin necesidad de que indefectiblemente se constate culpa en su accionar, situación muy diferente a la Responsabilidad Profesional del médico en la cual siempre es necesario demostrar un alejamiento de la LexArtis.

Obviamente que si se encuentra probada la culpa de uno de sus dependientes, con mayor razón responde la institución,

a título de su rol de principal y en el marco del **Art. 1113 C .C.** que establece la responsabilidad de la institución sobre las acciones de aquellos que se encuentran bajo su dependencia: **"La obligación del que ha causado un daño se extiende a los daños que causaren los que están bajo su dependencia, o por las cosas de que se sirve, o que tiene a su cuidado"**.

La principal fuente de Responsabilidad Objetiva de las instituciones es la Obligación de cumplir con el deber de Seguridad.

Por eso es tan importante que las mismas cuenten con políticas que minimicen el riesgo de eventos adversos, (a modo de ejemplo las caídas de pacientes).

Las Normas y Guías de atención en relación a temas que hacen a la Seguridad del paciente, además de mejorar la Calidad asistencial, se convierten ante una instancia judicial, en un importante elemento probatorio que permite demostrar la diligencia institucional, y el haber previsto los medios necesarios para evitar el evento, a pesar de que éste haya ocurrido de todos modos.



Fallo a modo de ejemplo:

“es responsable el hospital público demandado por la muerte de la hija de los actores recién nacida que se contagió de meningitis en dicho nosocomio, toda vez que no ha producido una sola prueba, estando en mejores condiciones de hacerlo, tendiente a demostrar de qué manera cumplió adecuadamente su deber de adoptar precauciones y concretamente con qué medidas previno de una infección que es una amenaza supponible en el medio hospitalario” Cám. CC Jujuy, Sala III, 20/4/04, “C., C. F. y otra c. Provincia de Jujuy”, RCyS 2004-V, 114.

La Responsabilidad civil de una institución de salud puede verse comprometida por una variada gama de situaciones, mencionaremos la relacionada en forma directa al proceso de atención médica:

- La Responsabilidad directamente relacionada a los actos médicos.
- La Responsabilidad surgida del Deber de Seguridad.
- La Responsabilidad en el cumplimiento de normativas vigentes: residuos patológicos, Archivo de Historias Clínicas, por ejemplo.
- La Responsabilidad por los daños generados en relación al “riesgo vicio de las cosas” (instrumental, aparatología, etc.).

Tan variada gama de circunstancias y la objetivación creciente de su responsabilidad han hecho desplazar el meridiano de la responsabilidad civil del médico a la del sanatorio u hospital.

Jurisprudencia comentada:

“la prueba de la culpa del médico es indispensable, no porque la responsabilidad de éste se refleje en la entidad de la cual depende, en una responsabilidad indirecta, sino porque la prueba de aquella culpa sería la demostración de la violación del deber de seguridad, que como obligación tácita se halla comprendida en el contrato asistencial, y cuya omisión genera la responsabilidad directa de la entidad contratante, además de la que concierne directa y personalmente al profesional (Schmit, Alfredo Omar contra O.S.P.I.N. Cruz médica San Fernando s/ Daños y perjuicios” 15/11/94)

En este fallo, al probar la culpa del médico, surge la co-responsabilidad del ente asistencial, considerada como una Responsabilidad directa fundada en base a la teoría de la culpa in eligendo o in vigilando, o del deber de garantía del

principal respecto del obrar de sus dependientes (a quienes eligió y debe vigilar), y de la obligación tácita de seguridad.

“Ha quedado acreditado sin lugar a dudas que en el acto quirúrgico realizado en la misma intervino un anestesista, así como la relación causal que medió entre la aplicación de la anestesia y el daño sufrido por la actora ...y que por la práctica anestesiológica fue facturado el honorario correspondiente... También de las declaraciones de los doctores surge que existía en la Clínica un listado de médicos anestesistas a disposición de los pacientes... De tales hechos extraigo como conclusión (art. 163 inc. 5, C.P.C.) la existencia de una relación vinculante entre Clínica y anestesista...” “Aranda de Ponti, Nélide E. c/ Clínica Santa Cecilia S.R.L. y otros. Daños y perjuicios”

Este fallo condena a la institución considerando la relación de ésta con el anesthesiologo, fundada en la facturación y el listado de profesionales de la clínica

“En el sentido expuesto se ha sostenido que si el daño sufrido por el paciente se originó por la indebida conducta del profesional -ajeno a dicho sanatorio- no existe nexo de causalidad adecuado si dicho ente se limitó a otorgar el uso de sus instalaciones -quirófano, habitaciones y la provisión de material descartable-. No corresponde por tanto responsabilizar al sanatorio por la conducta fallida del médico interviniente porque la relación entre éste y el paciente es “res inter alios acta” respecto del sanatorio” “Castaños José c/ SEGBA s/ ordinario” del 20.10.94

Este fallo considera que al no mediar relación entre el profesional y el ente asistencial, la misma solo prestó sus instalaciones, no debiendo responder por los actos del profesional.

“En lo que se refiere a la responsabilidad de los sanatorios existe una teoría que explica la situación mediante la figura de la estipulación a favor de tercero (art. 504 del Código Civil). En consecuencia, entre la clínica (estipulante) y el médico (promitente) se celebra un contrato a favor del enfermo (beneficiario). De este doble juego de relaciones surge entonces que las responsabilidades del galeno y del ente asistencial frente al paciente son directas y de naturaleza contractual (conf. Bueres, Alberto J. “Responsabilidad Civil de los Médicos” Tº 1, págs. 372/376).

Se trata, asimismo, de una responsabilidad objetiva del ente asistencial ya que, probada la culpa del médico, la responsabilidad de aquél deviene inexcusable. De ahí que el paciente debe probar tan solo la culpa del médico, no para hacer funcionar una responsabilidad refleja sino para acreditar la violación de la obligación de seguridad por parte del sanatorio (conf. Vázquez Ferreyra, Roberto A. “Responsabilidad civil de los sanatorios y culpa médica”. Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil, sala A Van

Engelen, Edgardo Mariano c. Instituto Cardiovascular de Buenos Aires y otros. 25/10/2010

“el adecuado funcionamiento del sistema asistencial médico no se cumple sólo con la yuxtaposición de agentes y medios o con su presencia pasiva o su uso meramente potencial, pues es imprescindible además que todos ellos se articulen activamente en cada momento y en relación a cada paciente; ello, en tanto cada individuo que requiere atención médica pone en acción todo el sistema y un acto en cualquiera de sus partes, sea en lo que hace a la faz de la prestación médica en sí como a la faz sanitaria, sea en el control de una y otra, en la medida que pueda incidir en el restablecimiento del paciente, demorándolo, frustrándolo definitivamente o tornándolo más difícil, necesariamente compromete la responsabilidad de quien tiene a su cargo la dirección y control del sistema” CSJN, 6/7/99, “Schauman de Scaiola, Martha S. c/ Provincia de Santa Cruz y otro”

Este fallo condena la inadecuada organización asistencial en cuanto la misma tuvo un nexo causal con el daño sufrido por la paciente.

Entonces:

Las instituciones deberán responder sin duda, por los actos que realice su equipo de profesionales y personal auxiliar, siendo responsable del obrar de sus dependientes.

En los casos en que la institución brinda servicios de hotelería, más soporte asistencial, (enfermería, servicio de guardia, estudios complementarios), pero el profesional actuante no guarda relación laboral, (médico particular o de medicina prepaga), con la institución, es importante que quede aclarado por escrito en la historia clínica a través de un formulario dicha situación firmado por el paciente o familiar responsable.

Con respecto a la responsabilidad por los bienes materiales (equipos, instrumental, etc), la misma se resume muy bien en la siguiente frase del Dr. Vázquez Ferreyra:

“La misma obligación de seguridad asumen los entes asistenciales frente al paciente respecto de los eventuales perjuicios que puedan originarse en el uso de instrumental médico o en lo referido a los llamados actos extramédicos, daños causados por ejemplo por la descarga eléctrica de un bisturí. En este caso, la obligación de seguridad de resultado, va referida también a otra obligación de fines”

La institución deberá responder también por la falta de una adecuada prevención de contingencias previsibles o la falta de coordinación entre sus diversos servicios, cuando éstas tengan un nexo causal con el daño sufrido por el paciente, por ejemplo ante la demora en el inicio de una cirugía de

urgencia, ya que una adecuada organización forma parte de la obligación de Seguridad.

Fallo a modo de ejemplo:

“El establecimiento médico demandado es responsable por los daños sufridos por un recién nacido, toda vez que de la prueba producida se desprende que tales daños se debieron a la demora en la atención dispensada porque la clínica actuó con descuido y negligencia ante la emergencia, violentándose el deber de seguridad y sin que la entidad pudiera probar algún factor eximente de su responsabilidad”. Cám. CC Córdoba, 5ª Nom., 21/3/05, “Seguel, Gustavo c. Clínica Privada del Sol S.R.L.”, LLC 2005 - 658

La institución deberá responder por la adecuada administración de la Documentación Médica, resultando la historia clínica el elemento probatorio central e indispensable en toda Litis por praxis médica. La Responsabilidad comienza con la adecuada confección de la misma, la confidencialidad de la información contenida en ella y su correcta guarda y administración, según la marca la legislación vigente.

Fallo relacionado:

No pudo establecerse la causa de la muerte porque el sanatorio no pudo acompañar la historia clínica debido -según lo que alegó- a que se destruyó, junto a otra documentación médica y contable, en un incendio que afectó sus instalaciones. Más allá que no se dio por probada que la historia clínica fue una de las destruidas por el incendio, su ausencia determinó la condena al sanatorio y la absolución de los restantes demandados, a quienes también se los privó con su ausencia de probar su falta de responsabilidad en el hecho. “Borgatti Silvano c/ Instituto Dupuytren y otros s/Daños y Perjuicios.” Sala H de la Cámara Civil, el 8 de octubre de 2004.

Para finalizar...

Diremos entonces que el marco de la Responsabilidad Civil de las instituciones de salud en relación al proceso de atención médica es muy amplio, siendo entonces de vital importancia para la Seguridad Institucional contar con una adecuada Gestión de Riesgo. La misma debe formar parte de los ejes centrales de la Organización, y ser una prioridad de las máximas autoridades de la misma.

Recomendaciones Generales

Estimado profesional:

La toma de conocimiento precoz sobre la existencia de algún evento adverso que pudiera ser motivo futuro de un reclamo, ya sea judicial o extrajudicial, es de gran importancia para una adecuada estrategia de defensa.

Es por ello que le solicitamos que en caso de tomar conocimiento de que se haya producido alguno de los siguientes hechos:

- Evento no deseado en la atención de un paciente con un perjuicio para el mismo.
- Secuestro de historia clínica.
- Citación policial o judicial, aunque sea en calidad de testigo.
- Notificación de mediación o demanda.
- Pedido judicial de informes a la institución donde Usted se desempeña, sobre un acto médico en el que haya participado.
- Pedido de fotocopia de historia clínica de paciente que haya presentado un evento adverso.

nos lo informe rápidamente, con el propósito de analizar lo sucedido y su potencial responsabilidad.

Nuestro equipo médico legal está a su disposición diariamente por vía telefónica, e-mail o nuestra línea celular de 24 hs.



Mantenimiento o Suspensión de un Soporte Vital.

Un dilema ético legal.

Dr Horacio E. Canto

El desarrollo de la medicina en general y la tecnología de soporte vital en particular ha permitido mantener el funcionamiento de los órganos durante períodos prolongados de tiempo.

Aunque frecuentemente equiparado, mantener o retirar tratamientos de soporte vital que permiten que un paciente muera o no, necesita ser diferenciado de los suicidios y eutanasia asistidos por un médico, que implican una finalización activa de la vida.

Hay una diferencia entre una no pretendida pero aceptada consecuencia de renunciar a la terapéutica y un pretendido resultado de muerte a partir de un suicidio o una eutanasia.

Deben quedar muy claras estas diferencias entre la suspensión de tratamiento, es decir, el retiro del sostén vital con razones y consentimiento del enfermo o su familia, de la eutanasia.

La diferenciación que se usa actualmente entre eutanasia pasiva y eutanasia activa genera esta confusión. La eutanasia es la acción de matar cometida por un médico, mientras que retirar un tratamiento, incluso de sostén vital es permitir que la muerte acaezca, es permitir que continúe y termine un proceso de muerte que había sido interrumpido por la acción médica. Es dejar de intervenir sobre la vida y la muerte de un enfermo y dejarlo morir. Es fundamental insistir sobre este tipo de distinciones que impiden muchas veces una decisión libre y autónoma tanto del médico como del enfermo.

Al día de hoy los médicos ven la muerte de los pacientes como un proceso inevitable secundario a desórdenes sin respuesta al tratamiento y/o un síndrome de disfunción orgánica múltiple.

Las unidades de cuidados intensivos disponen de una amplia variedad de recursos como ser respiradores mecánicos, máquinas de diálisis, técnicas de soporte cardiovascular, que hacen que las prácticas de soporte vital sean muy comunes.

Más aún, el público en general es completamente conciente sobre la batalla por la vida y la muerte que se libra en las unidades de cuidados intensivos.

Con los avances en el campo de los sistemas de soporte vital han aparecido desafíos y dilemas éticos ante decisiones de mantener o retirar un soporte vital, incluso en no pocas circunstancias dichas decisiones han debido ser resorte de la justicia. Dado que estas serán situaciones cada vez más frecuentes, resulta de importancia identificar los principios éticos generales subyacentes en la toma de decisiones.

Diversas citas bibliográficas mencionan que al menos deben considerarse los siguientes:

- La preservación de la vida.
- El alivio del sufrimiento.
- El concepto de "primun non nocere".
- La autonomía del paciente.
- El concepto de justicia, (ej. racional utilización de recursos médicos).

¿ Quién debería decidir ?

En primer lugar se debe establecer la fuente de la autoridad para tomar las decisiones. Nunca debe olvidarse que la verdadera fuente de autoridad en la mayor parte del mundo reside en el paciente o en sus representantes legales.

Muchos problemas éticos en situaciones críticas derivan por evidentes violaciones o violaciones tácitas a este principio.

En segundo lugar, se debe establecer una comunicación efectiva con los pacientes, o su familia cuando ello no sea posible, en situaciones donde los pacientes y sus familias están bajo máximo stress, temerosos, y se sienten frecuentemente intimidados.

El tercer principio práctico aconsejaría hacer una precoz determinación sobre la decisión de los pacientes y/o sus representantes en relación al mantenimiento o retiro de medidas de soporte vital.

El cuarto principio es el reconocimiento de los derechos del paciente. La American Hospital Association ha identificado 5 derechos:

- El derecho a un cuidado respetable y considerado.
- El derecho a recibir información acerca de la enfermedad.

- El derecho de recibir otra tanta información, acerca de algún tratamiento o procedimiento propuesto, así como si fuera necesario tomar la decisión para dar un consentimiento informado.
- El derecho a participar activamente en las decisiones relativas a los cuidados médicos.
- El derecho que tiene todo paciente, de que se apliquen en forma automática dichos derechos a la persona que tiene la responsabilidad legal de tomar las decisiones en relación al cuidado médico en su nombre.

Publicaciones recientes han enfatizado la preocupación pública hacia el uso de tecnología de soporte vital y la insistencia en los derechos del paciente para decidir.

Estos elementos están directamente relacionados al principio ético de autonomía. Una persona puede rechazar un tratamiento, incluso de soporte vital.

Si un paciente mayor de edad es competente y expresa su deseo de morir, la suspensión del soporte vital puede ser permisible cuando las medidas de soporte vital se han vuelto fútiles. Sin embargo es aconsejable comunicarlo a la familia.

Esto es, por la afectación psicológica que en dicho momento pueda afectar la habilidad del paciente para tomar decisiones racionales.

Además existen otros factores que pueden no ir en dirección al mejor interés del paciente, como ser aspectos financieros u otros.

Y en tercer lugar diferentes integrantes de la familia pueden tener diferentes opiniones, lo que podrá llevar al cuestionamiento de alguna decisión que se tome, salvo que todos los responsables estén de acuerdo en la misma.

No obstante a priori, privilegiando el referido principio de autonomía, ante la decisión de un paciente de rechazar una terapéutica de soporte vital, p/ej. un tratamiento dialítico, sería aconsejable efectuar una evaluación psiquiátrica, para asegurarnos que el paciente comprende las implicancias de su decisión.

En caso de confirmarse que el paciente comprende los alcances de tal rechazo, la conformación de un documento que lo certifique debería ser la regla, en caso de ser posible.

En aquellos casos en que no exista duda alguna que las medidas terapéuticas son fútiles, y el paciente no esté en condiciones de decidir, deberá ser el familiar responsable o el representante legal quien decida, aconsejado por el profesional a cargo.

Las medidas de soporte vital básico, como la nutrición, la hidratación, y el suplemento de oxígeno están entre las más difíciles de renunciar por la significación emocional y son



brindadas como un acto reflejo, existiendo diversas posturas sobre si las mismas deben mantenerse, independientemente de tratarse de un cuadro terminal.

Otra cosa es instaurar medidas avanzadas o extraordinarias de soporte vital, acción que debe ser exhaustivamente analizada, ya que se está transitando por un camino muy estrecho entre lo que sería -el bien morir versus el encarnizamiento terapéutico-.

Relacionado con esto último, surge en el siglo pasado en la década del 50' el concepto de ortotanasia acuñado por Bosham en Bélgica, que es la situación de morir con dignidad, prescindiendo de medios desproporcionados y extraordinarios (distanásicos), que prolongan la agonía con una característica saliente: la inutilidad de su empleo, y un efecto inútil: la falta de alivio.

La ortotanasia admite brindar la totalidad de cuidados paliativos, confort, alivio, contención, por medios proporcionados y ordinarios, sin alargar innecesariamente la vida. Resulta aceptable una forma de morir humanamente, donde sea lícito y éticamente irreprochable interrumpir esos medios terapéuticos proporcionados y ordinarios, cuando su aplicación ya no redunde en resultados positivos, y cuando imponen al enfermo más sufrimientos o molestias que posibles beneficios.

La mayoría de las posturas religiosas rechazan las prácticas eutanásicas aceptando, con los matices particulares a cada credo, la ortotanasia.

Diferente es el concepto de Distanasia, conocida como encarnizamiento o ensañamiento terapéutico. Prolongación innecesaria de la agonía mediante el empleo exagerado e irracional de medios terapéuticos desproporcionados y

extraordinarios, cuando la evolución de la enfermedad y el proceso de la muerte han comenzado y esta razonablemente se producirá en un plazo relativamente corto. Los medios terapéuticos utilizados además conducirán a consecuencias dañosas. No prolongan la vida sino que retardan inútilmente una muerte que sobrevendrá naturalmente en breve lapso, alargando una dolorosa agonía. Entre eutanasia y distanasia, puede advertirse el común denominador de "adueñarse de la muerte", en la primera, para provocarla, y en la segunda, para evitarla.

Según Lossetti, en el estadio terminal de una enfermedad o en víctimas de accidentes, convergen situaciones conflictivas: si el paciente está lúcido, el médico debe respetar su voluntad, si esta es negativa a tratarse, ya que el profesional se halla amparado por las disposiciones de la Ley de Ejercicio de la Medicina. En estos casos, y tal como se señala en el artículo 542 del Código de Ética, "la abstención o retiro de los medios de soporte vital no significará bajo ningún concepto privar al paciente de las medidas que le provean confort físico, psíquico y espiritual, trasladándolo, si fuera necesario, al área de cuidados paliativos".

La situación se torna más compleja cuando el paciente está inconsciente, el cuadro clínico es irreversible y no existe posibilidad de recuperación. En estos casos, no todos los autores están de acuerdo en que el derecho personalísimo que representa la voluntad del paciente queda desplazado a los familiares, ya que son estos los que en definitiva deben decidir acerca de la prosecución o interrupción del tratamiento a propuesta de los médicos tratantes.

La reciente despenalización de la eutanasia en Holanda ha provocado un debate respecto no solo de la muerte sino de la condición humana, ya que posibilita a los pacientes que se enfrentan a la alternativa de transcurrir el resto de sus vidas en situación de deterioro de su dignidad como persona, a solicitar que se ponga fin a su existencia.

La medicina tiene como objetivo el bienestar psicofísico del individuo y ello lleva implícito el derecho al buen morir, siempre preservando la dignidad humana. Por ello, resulta necesario e imprescindible crear un ámbito de discusión del tema para saber qué hacer de nuestras vidas y también para, llegado el caso, defender el derecho a elegir en el momento de la propia muerte, evitar la distanasia y asegurar la dignidad en el final de la existencia.

Comentarios finales

En base a lo desarrollado, no es posible fijar una conducta común universal en relación al tema, ya que en diferentes países hay distintas posturas.

El temor a un reclamo por "mala praxis" puede ser un factor importante en el proceso de decisión en los Estados Unidos de Norteamérica. (USA)

En USA la práctica médica está basada más en un contrato entre el paciente y su médico, quien podrá apartarse de la atención del mismo en caso de desacuerdos con el paciente o su familia.

Mientras que en Europa las decisiones relacionadas a la continuación o al retiro de la terapéutica permanecen largamente del lado del profesional. El médico es visto como un defensor de los beneficios para el paciente y por ende el privilegio de la elección de la terapéutica es en general patrimonio del mismo.

No obstante, independientemente de variantes geográficas, y a pesar de las diferencias que existen, es importante comprender que la muerte es parte de la vida y debería respetarse como tal.

El temor a un juicio por mala praxis nunca debería ser motivo para prolongar inútilmente un soporte vital o perder la sensibilidad para aliviar el sufrimiento.

Uno debería aceptar que muchas muertes en unidades de cuidados intensivos dependen del mantenimiento o el retiro de terapéuticas de soporte vital. Pero no debe abusarse del uso de las mismas para prolongar un proceso agónico.

El médico no debe temer en expresar su voluntad de retirar una medida de soporte vital ante un resultado terapéutico fútil, debiendo expresarlo claramente a la familia o al representante legal de un paciente irreversible.

Pese a todo lo dicho, el accionar del profesional médico en estas situaciones no es sencillo, por los múltiples factores a tener en cuenta, humanos, religiosos, médico legales, éticos, etc.

El proceso de la muerte debería ser considerado ante todo un proceso natural, ya que como señalamos es parte de la vida.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Solomon MZ, O'Donnel L, Jennings B, et al. Decisions near the end the life: professional vies of life-sustaining treatments. Am J Public Health, 1993; 83: 14-23.
2. Brody H. Ethical Decisions in Medicine. Boston, Little, Brown & Co.; 1976.
3. Sharma BR, Withholding and Withdrawing of Life Support. A Medicolegal Dilemma. Am J Forensic Med Pathol 2004; 25: 150-155.
4. Lossetti O., Di Salvo H., Eutanasia: Medicina Legal y Bioética. Boletín de Responsabilidad Profesional y Ética -Año 3 N° 14 agosto 2009.
5. Decisiones al fin de la vida. Retiro del soporte vital. www.unesco.org.uy



Aseguradora líder en Responsabilidad Profesional Médica

La División Servicios Médicos de SMG Seguros está compuesta por profesionales con amplia experiencia en el sector, lo que les permite entender las necesidades de las instituciones y de los profesionales asegurados.

Plan Médicos SMG Seguros

Seguro Automotor:	15% de Descuento ⁽¹⁾⁽²⁾
Integral Médico:	20% de Descuento ⁽¹⁾
Seguro de Hogar:	25% de Descuento ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Acceda a éstos descuentos contratando su póliza de Praxis Médica.

⁽²⁾ Cuando es OKm., cuenta además con un descuento adicional del 10%.



