

**revista
argentina
de**

CIRUGIA

PUBLICACION DE LA ASOCIACION ARGENTINA DE CIRUGIA

**LIX CONGRESO ARGENTINO DE CIRUGIA
XXXII CONGRESO ARGENTINO DE CIRUGIA TORACICA Y CARDIOVASCULAR
XVIII JORNADAS ARGENTINAS DE ANGIOLOGIA**

Número Extraordinario

Buenos Aires

RELATOS

Año 1988

RESPONSABILIDAD ETICA Y JURIDICA DEL CIRUJANO

RELATOR: *Dr. Florentino A. Sanguinetti* MAAC

"Mantendré mi vida y mi arte alejados de la culpa".

Juramento Hipocrático.

"Sientes pasión por la verdad, pero ya no podrás decirla. Tendrás que ocultar a algunos la gravedad de su mal; a otros su insignificancia, pues les molestará. No cuentes con que este oficio tan penoso te haga rico: te lo he dicho, es un sacerdocio, y no sería decente que produjera ganancias como las que tiene un aceitero o el que vende lana.

Tu vida transcurrirá como a la sombra de la muerte, entre el dolor de los cuerpos y de las almas. Te verás solo en tus tristezas, solo en tus estudios, solo en medio del egoísmo humano. Ni siquiera encontrarás apoyo entre los médicos, que se hacen sorda guerra por interés o por orgullo. Únicamente la conciencia de aliviar males podrá sostenerte en tus fatigas".

Consejos de Esculapio (Anónimo griego).

RESPONSABILIDAD ETICA Y JURIDICA DEL CIRUJANO

INDICE

	Pág.
Prólogo	5
Introducción	
Moralidad de la ciencia	6
Necesidad de la ética médica	7
Principios éticos	8
Lo ético y lo legal	10
Antecedentes históricos de la responsabilidad en cirugía	12
Juramentos antiguos	14
Capítulo I	
Encuesta a los cirujanos	15
La relación humana entre el cirujano y el paciente	15
Comentarios emotivos de los pacientes quirúrgicos	16
Frecuencia de las demandas	16
Responsabilidad del cirujano	18
Características de la responsabilidad	19
Responsabilidad contractual y extracontractual	21
Obligaciones de medio y de resultado	21
Culpa y daño en cirugía	22
Malpraxis, negligencia, impericia, imprudencia, abandono..	23
Capítulo II	
Cirugía innecesaria	25
El secreto en cirugía	26
Divulgación médica	27
El consentimiento informado	28
Investigación con pacientes en cirugía	29
Pruebas aleatorias	32
Cirugía experimental con animales	33
Capítulo III	
Identidad y pertenencia	34
La muerte en cirugía	36
Límites de recursos ¿quién debe vivir?	39
Verdad y mentira	41
Pronóstico	42
Interconsulta	42
Honorarios	43
Conducta del cirujano en el quirófano	44
Capítulo IV	
Educación de la ética en cirugía	45
Comités de ética	45
Conclusiones	46
Bibliografía	50

RESPONSABILIDAD ETICA Y JURIDICA DEL CIRUJANO

*Dr. Florentino A. Sanguinetti * MAAC*

PROLOGO

El ejercicio de la cirugía implica en la actualidad un enfrentamiento con situaciones conflictivas en el campo ético-legal, cuya frecuencia y magnitud es superior a la de sus soluciones. La masificación de los actos médicos, el desarrollo técnico que ha neutralizado la relación humana con el paciente, los aspectos económicos, los límites de la muerte, y la aparición de muchos problemas inéditos, incrementan la angustia de los médicos, que buscan más que otros profesionales, las respuestas adecuadas en un mundo confuso e inseguro. La falta de legislación, o las leyes permisivas, han sido reemplazadas por una frondosa complejidad jurídica que lejos de ofrecer protección, aparece más bien como peligro por lo desconocido.

Los cirujanos necesitan definiciones claras, pero no siempre son posibles los recetarios ni existen catálogos de conductas. Muchos problemas son controvertidos, o permiten varias soluciones alternativas, o reconocen enfoques vinculados con creencias religiosas y criterios políticos. En cirugía lo ético y lo jurídico se superponen y complementan, pero la conciencia moral tiene un valor irremplazable, superior a toda reglamentación legal. Por eso en este relato se destaca con prioridad el tratamiento ético de cada problema, sin discriminarlo excesivamente del enfoque legal.

En todo el mundo occidental se advierte una necesidad de esclarecer la responsabilidad moral en medicina a través de los estudios bioéticos, y la Asociación Argentina de Cirugía ha reconocido tales inquietudes al elegir por mayoría el tema para este relato. Agradezco la honrosa distinción que significa mi designación como relator oficial,

jerarquizada por las características del tema. Sin duda no se debe a méritos personales, sino al deseo de conocer mis testimonios como integrante de la I^a Cátedra de Cirugía durante 30 años, y mis experiencias como Director General del Hospital de Clínicas, donde fundé el Comité de Etica, en cuyas actividades colaboré junto al Prof. Dr. Osvaldo Fustinoni.

Dedico este trabajo a la memoria de mis maestros, los doctores Mario M. Brea y Andrés A. Santas.

Deseo agradecer a quienes generosamente me han ayudado, asesorado, e inspirado en la confección de estas páginas: a los 665 cirujanos argentinos que contestaron la encuesta enviada, a los doctores José Norberto Allende, Aldo Bracco, Rodolfo Fahrner, Rita Cristina Llaguno, José A. Mainetti, Alfredo Martínez Marull, Egon Mettler, Francisco R. Perino, a mis profesores durante 5 años de actividad en el Instituto de Cirugía de la Universidad de Munich, doctores Rudolf Zenker y Walter Brendel, a la Fundación Alexander von Humboldt de Alemania Federal, a mis pacientes y alumnos.

Este trabajo desea sugerir, preocupar, estimular. No hay en él soluciones mágicas ni respuestas absolutas. Lo que pretende es contribuir a este renacimiento de las inquietudes éticas y humanistas, para que los cirujanos se detengan en un saludable examen de conciencia, en una mirada interior que ayudará a recuperar el prestigio y la trascendencia celebrados en otros tiempos por el viejo Voltaire: "Los hombres que se dedican a devolver la salud a otros hombres por los únicos principios de humanidad y de hacer el bien, superan a todos los grandes de la tierra y participan de la divinidad".

* Docente Autorizado de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Jefe de Cirugía Experimental, Hospital de Clínicas "José de San Martín" y Jefe de Patología Mamaria, Liga Argentina de Lucha contra el Cáncer, Buenos Aires.

INTRODUCCION

MORALIDAD DE LA CIENCIA

En los últimos decenios los progresos científicos han demostrado que también pueden provocar daños irreversibles y hasta la eliminación de la vida sobre el planeta. Ahora la ciencia no siempre resulta ética, y los altos costos que produce exigen un estudio sobre una aceptable relación entre el gasto y el beneficio. La ciencia es neutra desde el punto de vista moral, con ella puede hacerse el bien y el mal. La idea de que siempre es buena se ha desvanecido en la actualidad como consecuencia de los desastres que ha provocado y de los peligros que engendra. El científico está autorizado a interrumpir su investigación si considera que puede llegar a descubrimientos peligrosos para la vida o la dignidad.

“Ningún científico puede continuar eludiendo su responsabilidad por el uso que la sociedad hace de sus descubrimientos”, ha dicho Bertrand Russell¹⁵⁵. El conocimiento que la ciencia proporciona puede ser utilizado por otros miembros de la sociedad con objetivos despreciables o siniestros. Los científicos y los médicos tal vez no puedan impedirlo, pero deben asumir la responsabilidad de evitar el daño que deriva del mal uso de sus descubrimientos. Luis Santaló¹⁶⁷ afirma que “ya no es tan seguro que los avances de la ciencia sean siempre bien utilizados, y ésto debe preocupar a los científicos por el grado de responsabilidad que les pueda corresponder. El problema fundamental que tiene planteado el tercer milenio, es poner el desarrollo moral a la altura del desarrollo científico”.

Para lograr una responsabilidad ética en la medicina los filósofos solos no podrán hacer mucho si quedan librados a sus propios criterios. Los expertos en ética dependerán de la información que otorgue el científico, y éste tendrá que discutir los fenómenos con el filósofo si desea una evaluación ética de los hechos. Se necesita un diálogo permanente. Podrá consultarse también la opinión de científicos ya consagrados, o acudir a los dictados de la propia conciencia.

“La tarea del filósofo no puede ser el anuncio de verdades de salvación o la mediación de intenciones en las estructuras fundamentales de la realidad, a partir de las cuales pudieran obtenerse reglas de comportamiento para determinadas situaciones”¹³⁴. Un buen ejemplo es la vieja discusión entre cirujanos que trabajan con animales y las asociaciones protectoras de animales. Estas dicen que los científicos trabajan para mejorar su curriculum con curiosidad patológica. Los científicos responden que los protectores de animales están llevados por un odio irracional hacia la ciencia y un amor enfermizo por los animales que oculta y resentimiento hacia los hombres. La discusión no podrá esclarecer nada si los participantes no aceptan concepciones distintas a las propias, emitidas con sinceridad, y termina en el fracaso si se buscan argumentos psicológicos para replicar al adversario. Sin embargo es obvio que la cirugía experimental provoca ciertos interrogantes morales que deben discutirse discriminando lo racional de lo irracional.

“Los valores morales tienen que ser fundamentados en las necesidades, deseos e intereses de los individuos. Las normas morales tienen una función esencial para la convivencia de los hombres: impedir que ellos, o los diferentes grupos dentro de una sociedad, impongan sus propios intereses sin tener en cuenta los intereses de los demás, o inducir a que los intereses de los demás sean incorporados a las respectivas proyecciones de fines”¹³⁴.

Algunos principios básicos pueden orientar la actividad científica. El principio de equidad dice que se aceptan las reglas de comportamiento por quienes actúan de acuerdo a ellas, y también con respecto a otros que estuvieran en igual condición moral. La situación de excepción obliga a que se demuestren razones para comprender por qué algo será válido para alguien y no para los demás. El principio de solidaridad dice que, en las reglas de comportamiento, el individuo debe prescindir de la situación personal que ocupa y pensar en los demás. Por ejemplo, si goza de buena salud, debe disponerse a contribuir a los gastos colectivos en

favor de los enfermos o prestar ayuda a los necesitados.

Los sacrificios de la equidad y la solidaridad producen un beneficio a largo plazo, que no se alcanza si se promueve una moral utilitaria. Por lo tanto, en la ética son necesarios los ingredientes teleológicos, es decir orientados a los intereses de beneficio a largo plazo, y también los deontológicos, o sea el cumplimiento de normas morales válidas por sí mismas, sin ningún fin utilitario.

La conducta teleológica no siempre asegura reciprocidad o beneficio: por ejemplo, la ayuda a enfermos terminales o sin cura tiene un profundo valor moral a pesar de que no exista la posibilidad de recompensa, lo mismo que el tratamiento anónimo a los pobres o el ser compasivo con los animales. Son por lo tanto conductas morales o virtudes que el individuo adquiere en el ámbito social y que llegan a tener peso propio, y valor por sí mismas. Se distinguen así las "ideas morales" de las "normas morales". Las normas son indicaciones racionalmente fundadas y correctas. Los ideales no son adecuados para indicarlos en forma obligatoria, pero son superiores y despiertan admiración hacia quien los practica voluntariamente ¹⁰⁹.

La ciencia es en cierto modo neutra en sus valores morales, porque los prejuicios o intereses extracientíficos no deben influir en lo que se reconoce como verdadero o en la investigación de fenómenos naturales. Pero al mismo tiempo no es neutra y está comprometida con valores morales, porque busca racionalmente objetivos superiores como la verdad, la originalidad y el bienestar del hombre. Si estos criterios se violan, la ciencia se prostituye, como ha ocurrido ya en varias ocasiones históricas. El científico por lo tanto dispone de libertad y neutralidad, pero con ello elige u omite lo que considera necesario, porque en definitiva busca resultados beneficiosos para la humanidad. Por otro lado, para él son válidos los principios éticos generales, y no puede considerarse una excepción dentro de la sociedad. Así en cirugía, por ejemplo, no debe obtener datos violando el secreto médico, o probar técnicas nuevas sin consentimiento de los pacientes, o provocar dolor en los animales de experimentación. Estos conceptos a veces presentan al científico enigmas de conducta, porque la ética de la naturaleza es el éxito: sobrevive lo mejor, lo más fuerte, y ésta no es una ética aceptable para la ciencia o para el médico ⁷⁷.

En tal sentido, la cirugía experimental estaría justificada si se afirma que el hombre tiene un valor superior a los animales, y por ello se cree

autorizado a realizar experimentos en animales que no podría realizar en humanos. Pero esto plantea también la duda de si la vida de una persona no puede tener un valor superior a la vida de otra. Por ejemplo, si la vida de un gran artista o de una madre con muchos hijos pequeños vale más que la vida de un criminal. ¿Podrían realizarse experimentos con criminales para mejorar la salud o la vida de grandes artistas o de hombres útiles a la sociedad? Esto se ha hecho y hay muchos ejemplos históricos lamentables y siniestros, pero la vida humana es valiosa en sí misma y todo ser es digno de protección en igualdad.

Siempre interesan los fines morales de la investigación en medicina. Por ejemplo, investigar sobre efectos de gases tóxicos para la guerra, o de heridas por proyectiles, plantea un problema de conciencia, así como lo fue la investigación de la bomba atómica para la conciencia de los físicos. Tampoco es lícito que una persona por razones económicas se convierta en medio para los fines de otros, como ocurre con los dadores de riñón por dinero o las madres alquiladas para concebir un hijo destinado a otra. Ya hoy adquiere más importancia lo que se debe hacer, en relación a lo que se puede hacer.

NECESIDAD DE LA ÉTICA MÉDICA

La bioética o ética médica ha surgido como una necesidad en la medicina moderna, con el objeto de estudiar las relaciones entre la vida y los valores morales, entre los nuevos aportes científicos y su regulación ética. La ética médica tradicional estaba limitada a los códigos deontológicos y a las obligaciones básicas del comportamiento médico, pero ya no es válida ni suficiente para responder a los numerosos interrogantes que plantea el desarrollo tecnológico actual ¹⁻¹⁰⁹⁻¹⁹⁵. Puede decirse que la bioética es hasta una moda en los últimos 5 años, y que una verdadera explosión bibliográfica ha llevado a la publicación de casi 40.000 trabajos de la especialidad, según registra el "Center for Bioethics" del "Kennedy Institute of Ethics" de Washington ⁶¹⁻¹⁰⁴. En los hospitales del mundo occidental comienzan a funcionar los comités de ética que asesoran a los profesionales, controlan los proyectos de investigación y resguardan los fundamentos éticos de las prestaciones ¹⁹²⁻²⁰³.

La bioética estudia la conducta humana en el área de la medicina a la luz de los principios y valores superiores. No se trata por lo tanto de una doctrina moral ni de una metodología filosófica, sino de la respuesta a urgentes necesidades que re-

flejan la crisis espiritual de la medicina contemporánea. La bioética general comprende los grandes temas vinculados con las decisiones de política sanitaria, higiene de la población, sistemas asistenciales. La bioética profesional se ocupa de la relación médico-paciente en los delicados temas de la veracidad, consentimiento, intimidad, honorarios, deberes de médico. La bioética especial analiza los problemas vinculados con los límites de la vida: eutanasia, esterilización, cambio de sexo, eugenesia, ingeniería genética, mutilaciones, prolongación de la vida, inseminación, fertilización extrauterina, aborto, experimentación con pacientes, trasplantes y quimeras biológicas, límites de las indicaciones quirúrgicas, etc.

Mainetti¹⁰⁴⁻¹¹¹ ha observado que existen varias formas de enfoque bioético de acuerdo a la importancia del acto médico, que podrá medirse en el agente, en el acto mismo o en el efecto producido. Así por ejemplo, la ética teleológica o consecuencialista define la bondad de una acción por sus resultados, y elige las conductas según lo que sea más conveniente para cada caso o cada situación. Este criterio utilitario ha sido considerado por muchos como negación de la propia moral médica. La ética deontológica define la bondad de la acción por la acción misma y su propio significado, sin tomar en cuenta los resultados, con un criterio puro dependiente de la conciencia del médico a pesar de que pueda ser incómoda o perjudicial para un caso determinado. Existe también una ética de la ley natural que pone el acento en el respeto a la naturaleza y para la cual son aceptables solamente los actos que protegen la esencia de la vida humana.

La gran difusión y el entusiasmo por la ética médica ha provocado también algunas reacciones de desencanto y escepticismo entre los propios médicos. Se argumenta que, lejos de ofrecer soluciones, ha traído nuevos problemas, creado confusiones, temores y exceso de acciones jurídicas, estimulando el desprestigio de la profesión. Cuando los filósofos han pretendido manejar unilateralmente los conceptos bioéticos, por reacción los médicos han defendido su autonomía, considerando que son los más capacitados para comprender y regular los criterios morales de su actividad.

PRINCIPIOS ÉTICOS

En los actos médicos se visualizan varios principios rectores que pueden ser independientes o vinculados entre sí. El principio de beneficencia tiene relación con la actividad profesional en el

sentido de hacer el bien ante todo y de no dañar. El principio de autonomía protege la individualidad del paciente y su propia determinación. Está relacionado con la veracidad, el consentimiento, la libertad de elección, la investigación clínica. El principio de justicia se refiere a la distribución equitativa de los beneficios, y aparece en la consideración de planes de salud, recursos y asistencia social. Algunos argumentos utilitarios que proclaman el mayor bien para la mayoría de los pacientes, no toman en cuenta a veces los criterios de justicia individual propios de la ética médica.

Se ha dicho que en el próximo siglo la ética médica será más importante que la técnica médica¹⁵⁷. La técnica no es un fin en sí mismo sino un medio para desarrollar adecuadamente una medicina con fundamentos hipocráticos, y esta tradición hipocrática es valiosa porque siempre ha procurado el bien del prójimo sin entrar en componendas vinculadas a corrientes políticas o interpretaciones sociales⁵⁻¹⁶⁴. El problema reside en los límites de la técnica, porque hoy en medicina podemos hacer todo o casi todo, pero no siempre sabemos si debemos hacerlo. La técnica es lo realizable, la ética lo aconsejable. Solamente es apto lo que ofrece la tecnología con bases morales. Porque la tecnología sufre también el influjo de factores económicos, existe una politización de la medicina y una ingerencia cada vez mayor de la ley en la práctica médica. Por ejemplo, en algunos países el estado puede obligar a los médicos a realizar abortos, o prohibirles la fertilización in vitro¹⁵⁹. Una máquina puede ser manejada por el técnico con mayor pericia, pero el médico debe mantener la conducción y el control ético sobre las contingencias técnicas. Por eso el cirujano sigue siendo el gran responsable por encima de todo el equipo que dirige y de los procedimientos técnicos o administrativos a cuyo control no puede renunciar¹⁸¹.

A veces el médico desplaza su responsabilidad hacia el paciente para que éste tome las decisiones. Esto se observa con frecuencia en cirugía plástica o geriátrica, y también en los nuevos procedimientos quirúrgicos optativos en oncología. Pero el médico debe fijar los límites de esa participación del paciente y asumir el rol de consejero y conductor del tratamiento. Debe llevar el liderazgo moral a pesar de la división de tareas que se observa hoy en la práctica. En Estados Unidos se otorga gran importancia a esta autonomía del paciente, quien participa con máxima autoridad en las decisiones sobre su tratamiento. Pero el cirujano no es un peluquero que corta el cabello según pedido, y corresponde que informe con lenguaje ade-

cuado y que proponga con argumentos claros la operación a practicar, conciliando lo más efectivo con lo más aceptable para cada paciente. Los protocolos éticos no deben dirigir ni sugerir, deben crear inquietudes y formular preguntas. Por ejemplo, en un tratamiento antineoplásico evaluar el costo-beneficio, pero no en sentido económico, sino el costo en dolor y sufrimiento frente al bienestar potencial o a la curación final¹⁹⁹.

El cumplimiento de los principios generales de la bioética es requerido en un 100% por los filósofos, pero los pacientes presentan al médico situaciones individuales y excepcionales que revelan la diferencia entre la ética pura y la ética aplicada. Por eso es importante la tabla de valores de cada paciente, es decir su perfil axiológico o axiograma agregado junto a su historia clínica como un formulario de los valores emocionales, culturales, confessionales, que el paciente tiene como ser humano. El axiograma del paciente es tan valioso como su hemograma. Este formulario puede pasar de servicio en servicio dentro del hospital, para ayudar así a lograr una unidad de criterios entre los diversos especialistas que actúan en el caso. Este sistema se practica en un grupo de hospitales llamados Paracelso, de los cuales hay 30 en Alemania Federal y 20 en Estados Unidos, asesorados por el Centro de Ética Médica de la Universidad de Bochum¹⁵⁷. El objetivo es ofrecer una buena medicina de alta complejidad unida a un manejo ético que responda al perfil axiológico valorativo de cada paciente.

Para la identificación de los hallazgos axiológicos se confecciona una guía donde se inscriben los datos recogidos sobre los siguientes principios:

1) Salud y bienestar del paciente: ¿Qué daño puede acarrear cada una de las modalidades terapéuticas alternativas?

2) Autonomía del paciente: ¿Qué actitud tiene el enfermo frente a los métodos de tratamiento? ¿Qué sistema de valores tiene? ¿Está suficientemente informado? ¿Hasta qué punto puede ser tenido en cuenta en las decisiones, o hasta qué punto puede ser él completamente dejado de lado?

3) Responsabilidad médica: ¿Existen conflictos entre los juicios éticos del médico, del paciente, del equipo asistencial, o de la familia? ¿Puede tal conflicto suavizarse mediante alguna opción terapéutica? ¿Cómo se asegurará la relación de confianza, la veracidad y el secreto médico?

Por otra parte el médico debe tener una idea de lo que es el hombre, una imagen del hombre que podrá ser religiosa, evolucionista, de reencar-

nación, orientalista, teológica, etc., pero una imagen. Esa imagen podrá compararse con la de su paciente, para lograr tolerancia y evitar conductas disociadas o enfrentamientos. Porque es necesario establecer claramente la diferencia: la meta del científico es el triunfo de sus investigaciones, llegar a ser premio Nobel, y la meta del médico es el hombre. La ciencia pura a veces se muestra indiferente ante los valores humanos y estudia al cuerpo como una cosa. Por eso no es a la máquina a quien hay que temer sino a los médicos que las manejan.

“La cirugía está llamada a ser una disciplina del conocimiento del hombre”, decía René Leriche⁸⁷, “tiene aún muchas cosas que enseñarnos, planteándose como objetivo el problema del hombre, meta suprema de investigación”. Por lo tanto el cirujano debe cumplir un acto terapéutico técnico y al mismo tiempo humano, de acuerdo a la vieja definición latina de que es un “hombre bueno, versado en el arte de curar (vir bonus medendi peritus)”⁴. En las escuelas médicas de Estados Unidos se están incorporando disciplinas psicológicas, filosóficas, antropológicas y sociales, con el nombre de “Medical Humanities”, para recuperar los valores humanos del médico en su vínculo terapéutico con el paciente, y neutralizar la pura concepción científico-naturalista de la enfermedad, que tanto daño ha provocado en la relación con los pacientes.

Baliña¹⁶ se pregunta: “¿interesa al médico más la enfermedad que el enfermo? ¿Se da prioridad a las informaciones científicas y técnicas o a las actitudes humanísticas y éticas? ¿Conocemos más el área física y somática de nuestro paciente o el área psicológica-espiritual del ser humano que atendemos?”

El filósofo Von Weizsäcker²⁰¹ afirma que “el uso de la técnica exige la capacidad de renunciar a cosas técnicamente posibles en caso de que éstas no sirvan al fin perseguido. Exige dominio de sí mismo. La técnica, en cuanto a factor de la cultura, no es posible sin la capacidad de ascetismo técnico”.

El cirujano Zenker²¹⁴ también opina que “mientras la técnica en medicina realiza nuevos adelantos y mientras los hombres se dejan impresionar tanto por los aparatos, los enfermos esperan y desean la confianza del médico. Ninguna organización debe quitar o atenuar este derecho a los pacientes. En nuestros días los pacientes se quejan del poco tiempo que el médico les dedica. Por eso los médicos deberían utilizar la técnica y la organización para ganar más tiempo dedicado

a sus enfermos. La técnica no debe dominar al médico; el médico debe dominar a la técnica".

Actualmente en nuestro medio los cirujanos se han preocupado de la formación de especialistas, de la integración en equipos de trabajo, de conquistas gremiales y organizaciones societarias regionales, de reuniones científicas y congresos periódicos, de publicaciones y textos para estudio. Pero los aspectos éticos no han superado la formación de tribunales poco eficaces, o de códigos de honor cuyo cumplimiento es muy relativo. La ética ha quedado limitada al autocontrol, a la auto-crítica, y los múltiples problemas que presenta la cirugía están así librados a criterios personales antojadizos, a decisiones que muchas veces dependen de prejuicios o de interpretaciones erróneas¹⁶⁴⁻¹⁸¹. Este fenómeno ha provocado parte del desprestigio de los cirujanos, la desconfianza de los pacientes, y el aumento de conflictos por divergencias ideológicas.

"Tras medio siglo", dice Zavaleta²¹², "haciendo balance de lo visto y oído, compruebo un déficit: los médicos y la medicina han transitado hacia niveles menores de prestigio". Las tentaciones fari-seas, la pérdida de la moral profesional, las críticas hacia otros colegas, provocan desconfianza en los pacientes, que muchas veces pierden tiempo en consultas diversas y deambulan hasta lograr una orientación adecuada. Es indispensable la cautela en el tratamiento quirúrgico, no debe agregarse dolor o enfermedad a lo ya existente, no deben indicarse estudios innecesarios y molestos, operaciones que no ofrecen un beneficio verdadero o que solamente gratifican la curiosidad del cirujano. Un rigor ético se impone hoy en la cirugía.

LO ÉTICO Y LO LEGAL

La profesión del médico es por naturaleza libre, y las normas legales han adoptado principios de la ética médica, dejando un amplio margen de libertad al médico y su conciencia ética. Lo que la ética exige al médico y lo que su conciencia le dicta, ha sido adoptado al mismo tiempo por el derecho. "En el ámbito profesional médico convergen lo ético con lo jurídico mucho más que en cualquier otro modo de convivencia social entre los hombres. Los dictados de la conciencia pueden tener aquí un alcance mayor que los del derecho"⁸⁶. El médico encuentra en códigos y leyes los reglamentos que los jueces hacen cumplir, pero en su propia conciencia está el profundo sentido de la justicia verdadera. Son dos jurisdicciones distintas que se superponen con mecanismos seme-

jantes, concilian entre sí, pero las normas éticas son las esenciales y sirven de fundamento a las normas jurídicas¹⁴⁷.

Las ciencias se ocupan de lo que ocurre, de lo que es, de lo que se puede saber o predecir. La ética habla de lo que debe ser, y por lo tanto es una disciplina deliberativa, ya que necesita una permanente consulta interrogante en uno mismo y hacia los demás, sobre los fundamentos de los actos. No se ocupa como el derecho de dictar normas, sino más bien de un desarrollo de la propia conciencia en el análisis de los problemas reales. Estos problemas se encuentran en la vida misma de la medicina, no están inventados como ejercicio intelectual ni filosófico, son reales y existieron antes de toda ética o de toda ley¹⁴⁶.

En situaciones decisivas con frecuencia el médico se halla en gran soledad, únicamente acompañado por su conciencia. El cirujano definirá situaciones por sí sólo, y aprobará como razonables únicamente las operaciones que considere compatibles con la honestidad de su conciencia. Lo legal muchas veces le resultará insuficiente.

En Alemania un fallo del tribunal contencioso administrativo favoreció a un anestesista que se había negado a entregar los protocolos de anestesia de un paciente, pedidos por el hospital para hacer la liquidación de gastos. El anestesista se amparaba en su deseo de no violar el secreto profesional guardando los protocolos. El médico funcionario también está obligado a guardar el secreto, y en el derecho alemán el anestesista tenía razón, porque la obligación de conciencia está por encima de la ley pública.

Frente a cada situación el médico pregunta: ¿qué se debe hacer? y también ¿qué hay que dejar de hacer? Esto último aparece como primordial luego de las nefastas intervenciones del hombre en el manipuleo de la naturaleza, el medio ambiente, los secretos de la biología, y el poder técnico cada vez más catastrófico.

Ya Montaigne⁹⁵ desconfió de los médicos y pensó que a menudo los tratamientos eran más nocivos que la misma enfermedad. Con su delicada ironía, aconsejaba recurrir a los médicos cuando la enfermedad declinara, a fin de resistir mejor a los tratamientos. "Si vosotros consultáis a los médicos, el mal ataca de un costado y el remedio del otro", decía. "Yo odio los remedios que inoportunan más que la enfermedad".

Los estados totalitarios dictan normas sobre el derecho y sobre la moral médica, y pretenden una coincidencia entre ambos. Son leyes rígidas que

todo lo reglamentan y a menudo no consideran el libre albedrío del médico, que puede solucionar los conflictos con acciones reguladas por la propia conciencia.

¿A quién atenderá el médico entre varios pacientes de urgencia que requieren en forma simultánea algún aparato o medicamento disponible para uno sólo? ¿A quién operará primero en una catástrofe, cuando llegan numerosos traumatizados graves y el cirujano está solo, eligiendo a uno para salvarlo mientras los demás mueren? Aquí se ven justamente los límites del derecho, porque el derecho exige solamente al médico ayudar y curar al mayor número de personas, y en estas situaciones conflictivas no puede dar normas ni reglamentar los actos. Debe reconocer la elección de conciencia. Esto significa que el derecho debe dar validez legal a la decisión ética adoptada por el médico en cada caso. Aquí reside la grandeza y la importancia de la responsabilidad ética del médico, que puede llegar a superar el valor de la ley.

La moderna medicina y la complejidad jurídica ponen a menudo en dificultades a la moral del médico. Por ejemplo en países donde se ha legalizado el aborto la misma ley presenta contradicciones. En Alemania dice el Estatuto: "El médico está obligado por principio a respetar la vida embrionaria". Y también dice: "La interrupción del embarazo está reglamentada por las disposiciones legales"⁸⁶. La misma dificultad se presenta a veces en relación al secreto profesional, cuando la exigencia de compañías de seguros y de otras instituciones para conocer datos, y hasta de hacer constar el diagnóstico en los recibos de consulta, pone a prueba la conciencia del médico en cuanto a la obligatoriedad de su discreción.

"La limitación de lo técnicamente posible a lo que es adecuado para el hombre, exige reflexión en conciencia, y el control de la actividad médica únicamente puede ser ejercido en último término por el gremio mismo. El autocontrol es más efectivo que el legal. Tal control presupone exigencias éticas y una conciencia siempre despierta"⁸⁶.

Gregorio Marañón¹¹³ coincidía con estos criterios: "La conducta profesional, que es conducta moral y casuística, no tiene por qué someterse a ley ni reglamento, ni código. Es privativa del alma. La conducta la inspira cada caso y la resuelve, si el profesional es digno de serlo, su propia conciencia, y nada más".

Por otra parte la medicina y el derecho se asemejan porque no son ciencias exactas, y es erróneo acudir a ellas en busca de una precisión que re-

suelva todos los casos. La realidad es cambiante y una norma no puede caer útilmente en todos los conceptos. Cualquier norma que se refiere a conductas, como un código ético, usa el lenguaje, que tampoco es exacto. Quedan muchas veces sin solución los casos grises, imprecisos, frente a las situaciones típicas, ideales, que son excepcionales. Es necesaria mucha humildad, porque nuestra verdad puede no serlo para todos, o para nosotros mismos cuando transcurre el tiempo. Las certezas no siempre son posibles.

Por eso la ética en medicina debe ser voluntaria, producto de una educación de la conciencia más que de un temor a los códigos. Ha dicho Carmi⁴³: "para reformar la ética médica es más importante dar una educación adecuada que establecer y promulgar un código oficial de conducta. La ética debe ser voluntaria. Obligar a otras personas a hacer regalos no es propio de la ética". Como consecuencia de estas inquietudes es verdad que los médicos se han ocupado de la ética más que otros profesionales.

En cirugía muchas veces lo moral y lo legal pueden enfrentarse. Algunos ejemplos recuerdan esa divergencia: la prolongación de una vida vegetativa en un paciente terminal, la conservación del secreto médico, la información distorsionada como mentira piadosa, la eutanasia, el aborto. En estos problemas lo moral supera a lo legal y los argumentos o justificaciones jurídicos pueden ser neutralizados por criterios éticos de conciencia. Por ejemplo, los argumentos de explosión demográfica o de calidad de vida para justificar el aborto, son neutralizados por el de conservación de la vida, que es un criterio ético superior a los otros. En el aborto el hijo es víctima, pero también la madre que deja de serlo y el médico, que está obligado a defender la vida¹²⁵.

"Si la diferencia específica entre la moral y el derecho ha de fincar en el carácter externo de éste, parece claro que la normatividad se torna jurídica cuando, por decirlo así, aquella aprende a andar por el mundo. La norma moral es antecedente de la norma jurídica y sirve a fundamentarla, y muchas veces a completarla e interpretarla. No hay dos compartimientos estancos, uno para la moral y otro para el derecho. Su relación es de vasos comunicantes. De una moral corrupta nacen malas leyes y a su vez las malas leyes son fuente de corrupción moral"¹¹⁸.

A veces existe también una confrontación entre las leyes civiles y las normas éticas provocada por el llamado "conformismo sociológico" o "conformismo ambiental", que consiste en cierta influen-

cia permisiva en el comportamiento moral, producida por modelos de conducta aceptados y sobrevalorados en la sociedad. La libertad permisiva conduce entonces a leyes que no tienen un sustento ético pero que buscan acomodarse a nuevas necesidades o hábitos inmorales consagrados por el uso. Dice Fuenmayor⁶⁵ que "no siempre coinciden lo lícito civil y lo lícito moral. No es correcto pensar que lo que las leyes civiles permiten o no castigan es también siempre lícito según la ley moral". Y recuerda la sentencia del escritor Solzjenitsin: "una sociedad sin normas legales es algo terrible, pero una sociedad sin otro parámetro que el legal tampoco es digna del hombre". Es así que la generalización de hábitos inmorales va dominando a veces la resistencia o el sentido crítico del médico, hasta lograr la aceptación mayoritaria o por fin la legalidad jurídica. Es lo que ha ocurrido con la participación de honorarios, la publicidad inescrupulosa, la legalización del aborto en muchos países, las comisiones o coimas.

También los códigos de ética han sido elaborados y modificados a lo largo de la historia de acuerdo a criterios circunstanciales, a ideas religiosas y necesidades sociales. Por encima de ellos lo único inalterable es la conciencia, en cuya condición se basa la deontología médica. Las aptitudes técnicas y el éxito profesional basados en la habilidad y en el saber, no logran por sí solos la felicidad del médico sin una conciencia limpia¹⁰⁸. Pero los problemas de la bioética son complejos, y muchos de ellos permiten soluciones diferentes y planteos antagónicos. Es una disciplina donde no caben los recetarios y donde existe una inseguridad permanente. Francisco Abel¹⁸⁸ ha enumerado como ejemplo una amplia serie de argumentos antagónicos referidos a interrogantes éticos, como: restricción o libertad en la experimentación, intervención total o limitada del médico, valoración o no de normas jurídicas universales, confianza o desconfianza en los nuevos descubrimientos bioéticos, neutralidad o no neutralidad del científico, etc.

La ideología personal o la religión de cada médico imprime con frecuencia criterios individuales en las decisiones. En una encuesta practicada a cirujanos pediátricos norteamericanos sobre decisiones éticas en cirugía, las respuestas difieren notablemente, hasta en el 76%, entre los cirujanos católicos, judíos y protestantes¹⁷⁶. Se advierten allí amplias divergencias en los criterios frente a problemas vinculados con cirugía en recién nacidos malformados, con defectos genéticos, y en cuanto a la llamada "calidad de vida".

El conflicto ético pertenece a la vida íntima del cirujano. No se trata de inyectar humanidad en la cirugía como un órgano trasplantado, se trata de preparar al receptor para que pueda recibir al órgano huésped y mantenerlo con permanente vitalidad¹³³.

Un experto en ética que fue incorporado a las revistas de sala y reuniones de cirujanos en la Universidad de Louisville (Estados Unidos), después de 6 años de trabajo en equipo, destacó la inmensa magnitud y frecuencia de decisiones éticas que enfrentan los cirujanos, y admitió su propia dificultad para resolver muchos conflictos¹⁴⁴. Este trabajo del filósofo dentro del equipo quirúrgico ha sido definido como "alianza terapéutica ideal", y es recomendable en todo grupo humano que se dedica a la práctica quirúrgica. Su presencia determina también una limitación a los intentos de los economistas, que sólo ven en la cirugía un problema de abaratamiento de costos. En una época de explosión técnica, donde las variables se multiplican, y donde existe una diversidad de criterios morales y religiosos, el experto en ética aparece como mediador en este pluralismo confuso de la práctica quirúrgica.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA RESPONSABILIDAD EN CIRUGÍA

La idea de la responsabilidad del cirujano está implícita en numerosos antecedentes históricos. El código babilónico de Hammurabi es el conjunto de leyes más antiguas que se conoce: allí no se habla de los médicos sino exclusivamente de los cirujanos, cuya actividad aparece regulada con honorarios, y también castigada cuando se cometen errores. Este código establecía la pena de cortar las manos al cirujano que provocaba una herida grave en un hombre notable o que producía ceguera luego de operar una catarata. En caso de daño menor se debía compensación pecuniaria al enfermo²⁰.

En el antiguo Egipto el libro de Hermes-Toth de reglas profesionales, condenaba a muerte a los médicos que provocaban daño por apartarse de las normas allí escritas. El código de Manú en la antigua India también establecía castigos para los tratamientos incorrectos, y prohibía a los médicos prestar asistencia a criminales. Los honorarios se pagaban de acuerdo a la situación económica del enfermo; los brahmanes y los pobres eran tratados gratuitamente.

Los cirujanos aztecas abandonaban a sus pacientes cuando los augurios mágicos determinaban

días adversos en el calendario. Practicaban la eutanasia y ejercían una severa autoridad social¹³⁸. En general los códigos médicos de la antigüedad describen las enfermedades como situaciones mágicas y posesiones demoníacas, de tal modo que en los exorcismos y sacrificios practicados por los médicos no existía una verdadera relación con el enfermo, y por lo tanto no había ética.

Platón considera al enfermo solamente como miembro de la república, y se interesa en su significado como ciudadano. Atribuye a la enfermedad únicamente valores negativos, y en su idea del estado no existe la responsabilidad social de cuidar a los enfermos, que deberían desaparecer o morir¹⁴⁷.

Bien diferente es el criterio de Hipócrates, contemporáneo de Platón, que traza los principios éticos vigentes hasta hoy, y establece en forma específica las obligaciones del médico, la protección sin distinciones que merece el paciente, el respeto a los maestros y colegas, el secreto, la moderación de los honorarios, el rechazo a la eutanasia. La medicina hipocrática despeja los criterios mágicos y rituales para fundar una deontología donde el acto médico aparece como expresión de amor al prójimo y de servicio humanitario. El "Corpus Hippocraticum" dedica diversos tratados a la conducta del médico, a su aspecto y su carácter: "Del comportamiento del médico", "Del hábito docente", "De las leyes", "Del arte", y el célebre "Juramento", revelan la inquietud por una medicina fundada en criterios de amor y generosidad, que mantiene su vigencia luego de 25 siglos.

En la medicina griega la ética estuvo vinculada con el respeto a la naturaleza, cuyos principios no debían ser alterados. El médico hipocrático basaba el arte de la medicina en el conocimiento de la naturaleza y en su propia reflexión, es decir, en el "conócete a tí mismo" enunciado por el oráculo de Delfos. Así para Hipócrates el médico debe ser también filósofo, y por lo tanto considerado semejante a los dioses, idealizando su proyección en la imagen de Apolo, dios de la salud y padre de Esculapio, dios de la medicina¹⁷⁰. Algunos opinan que el paradigma de la acción médica se dio con la escuela de Hipócrates, ya que se trataba de un saber metódico y filosófico que llevó a la medicina a convertirse en un componente muy jerarquizado de la cultura general.

Muchos siglos más tarde, Isidoro de Sevilla retomó esta idea de la medicina como suma de todas las artes y verdadera perfección del conocimiento. Para él "la medicina puede ser llamada una segunda filosofía. Filosofía y medicina abarcan al

hombre de un modo pleno y total, pues mientras que la primera se preocupa por su alma, la otra se ocupa del cuerpo"¹⁷⁰.

La ley Aquilia en Roma protegía a los pacientes de la negligencia o imprudencia de ciertos cirujanos²⁰ con normas básicas sobre el concepto de responsabilidad.

En la alta Edad Media la cirugía se basaba en conocimientos rudimentarios y a fines del siglo XI era ejercida por barberos y sangradores ambulantes, que actuaban fuera de todo control legal o profesional. En 1140 el rey normando Roger tuvo la inquietud de controlar la responsabilidad médica, y decretó que "quien desee ejercer la medicina deberá presentarse ante nuestros oficiales y examinadores para someterse a su juicio... De esta manera velamos porque nuestros súbditos no se vean expuestos a la inexperiencia de los médicos"¹⁵⁰.

El cristianismo dio a los fenómenos médicos un sentido teológico, interpretándolos como designios de Dios dentro de su creación integral de la naturaleza universal. Por lo tanto el médico no tenía aquí atribuciones para alterar el orden natural dispuesto por obra divina. Los hospitales medioevales solamente ayudaban a morir con resignación cristiana a los internados, sin aplicar medidas asistenciales ni tratamientos. El acto fundamental no era la técnica terapéutica sino la "misericordia", es decir la solidaridad que el médico comparte con el que sufre. La ética del médico residía en el acto de caridad más que en la posibilidad de curar².

Saliceto de Bolonia en el siglo XIII otorgó jerarquía a los cirujanos, que hasta entonces eran considerados como practicones subalternos. Las corporaciones médicas de Bolonia iniciaron la supervisión de las prácticas quirúrgicas, y así en Italia la figura del cirujano alcanzó prestigio por primera vez¹³⁸. A partir de las ideas renovadoras del Renacimiento la medicina incorporó el concepto ético de luchar por la vida en contra del destino natural, y una moral racional reemplazó al viejo fundamento mesiánico del Medioevo.

Numerosas alusiones a los errores e inexperiencia de los cirujanos, a menudo plenas de humor, existen en documentos artísticos y literarios, por ejemplo en las obras de Cervantes, Shakespeare, y especialmente en Molière.

Las asociaciones médicas en Europa y en Estados Unidos se preocuparon ya en el siglo pasado de elaborar códigos de ética para controlar la conducta profesional entre médicos y enfermos. A principios del siglo XIX el código americano refe-

ría "el deber de los médicos de velar constantemente por el bienestar de la comunidad"¹⁵⁰.

Pero durante todo el siglo XIX dominó el criterio de una responsabilidad solamente moral, que logró para los médicos una verdadera situación de inmunidad jurídica. La doctrina francesa consideró entonces que en la medicina todo es opinable y relativo, imposible de ser juzgado, y que solamente podía tomarse como culpa médica aquella grave, producida por un error elemental, por la negligencia o delito que cualquier persona puede cometer¹²⁴.

En los tiempos modernos en cambio, todo se ha centrado en el vínculo del médico con el paciente, y una ética filantrópica ha ubicado al médico en una situación algo omnipotente y paternalista que le permite actuar con decisión propia, con generosidad o entusiasmo, ante el enfermo sometido pasivamente a sus indicaciones. Para regular este poder médico aparecen los primeros códigos de ética del siglo XX, y luego las normas deontológicas generales que fijan los criterios de comportamiento. Lo que fue simple para el médico de otros tiempos: respeto a la naturaleza, obediencia ante el destino trazado por Dios, se complica con el desarrollo de un arte y una técnica que crean nuevos fenómenos naturales, compiten con la biología, y enfrentan una masificación de los pacientes, cada vez más despersonalizados en su atención.

Toda esta nueva realidad, sumada a la presión de las leyes que regulan los deberes del médico, a la acción de algunos estados que anteponen el bien nacional al bien individual, al enfrentamiento con situaciones clínicas inéditas de difícil opción, han despertado un renacimiento de la ética como punto de apoyo necesario en una época de confusión e incertidumbre³.

El informe Flexner de 1910 sobre el estado de la educación médica, provocó en Estados Unidos una autocrítica que condujo a mejorar la enseñanza y a la eliminación de escuelas mediocres, implantando un sistema de calificación. La educación médica se hizo más técnica y se perdió mucho en la formación social y humanitaria del profesional. El número de médicos disminuyó, y aumentó al 85% la cantidad de especialistas en detrimento de generalistas y de la atención primaria⁶⁴. Como consecuencia aumentó notablemente el número de cirujanos y de operaciones, muchas de ellas sin duda innecesarias, lo cual derivó en una avalancha de querellas y juicios sin precedentes en la historia. Desde 1968 en Estados Unidos se ha tratado de revertir esta situación crítica con la creación de la especialidad en medicina familiar,

y con el estímulo para un mayor interés por los aspectos éticos, humanos y sociales de la profesión. Se ha propuesto también incluir algunos conceptos de orientación social en los códigos de ética; por ejemplo: "Consciente de que el costo de la atención de la salud corre a cargo de la población, no haré nada que constituya un derroche o que no esté justificado"¹⁵⁰. Aparece aquí el compromiso ético de realizar actos médicos solamente indispensables y de evitar lo que no es necesario para el paciente, teniendo en cuenta no sólo la molestia o sufrimiento, sino el costo elevado de las prestaciones.

JURAMENTOS ANTIGUOS

Desde tiempos remotos los juramentos destacan la relación entre el médico, el maestro, el paciente y la sociedad. El hipocrático se compone de una primera parte referida a la relación del maestro con el discípulo, y de una segunda parte que vincula al médico con el enfermo. Sobre el secreto médico dice: "Guardaré silencio sobre todo aquello que en mi profesión o fuera de ella, oiga o vea en la vida de los hombres que no deba ser público, manteniendo estas cosas de manera que no se pueda hablar de ellas"¹⁴².

El juramento hindú de Caraka, del siglo I dC., ofrece idénticas características, y resume conductas éticas que tienen vigencia actual: "No abandonarás o injuriarás a tu paciente por causa de tu vida o tu subsistencia", "Hablarás sólo la verdad", "Te conducirás y actuarás sin arrogancia".

La plegaria de Maimónides destaca la bondad y la afectividad en un servicio que no reconoce diferencias electivas ni juicios de valor sobre el paciente, cualquiera sea su condición: "Sostén la pureza de mi corazón para que esté siempre dispuesto a servir al pobre y al rico, al amigo y al enemigo, al bueno y al malvado". "No permitas que la sed de lucro y la ansiedad de gloria influyan en el ejercicio de mi profesión". En relación a la omnipotencia dice: "Aleja de mí la pretensión de saber y de poderlo todo"¹³⁸.

En la actualidad se utiliza en muchos países el llamado Juramento de Ginebra, adoptado en 1948 en la Asociación Médica Mundial, muy semejante al hipocrático pero despojado de algunos elementos afectivos en la relación médico-paciente. El Juramento Soviético de 1971 carece también de matices afectivos vinculados al paciente, y no hace referencia a la relación maestro-discípulo. En cambio exige un compromiso con la sociedad.

CAPITULO I

ENCUESTA A LOS CIRUJANOS

Para conocer la opinión de los cirujanos argentinos sobre algunos problemas éticos, se envió una encuesta con 14 preguntas a 1.400 cirujanos de todo el país, sin distinción de edad, sexo o religión, para ser contestada en forma anónima. Se recibieron 665 respuestas, es decir el 47,5% del total enviado. Este resultado revela un alto espíritu de colaboración, y un compromiso frente a los problemas nada sencillos planteados en las preguntas de la encuesta.

El objetivo de la pregunta N° 1 fue obtener un indicio sobre la identidad y el perfil ideológico de los cirujanos a través de su admiración electiva entre 8 personalidades argentinas y extranjeras que representan diversos arquetipos.

Pregunta N° 1

¿Por cuál de estas personalidades argentinas y extranjeras siente más admiración? (Marcar una sola en cada columna)

	%		%
Mitre	13,6	Freud	26,4
Ingenieros	30,9	Napoleón	19,3
Borges	14,2	Churchill	36,9
Belgrano	41,3	Picasso	17,4

El mayor porcentaje corresponde a Belgrano y Churchill, hombres de acción, vinculados a gestas militares, pero también patriotas civiles defensores de la cultura y de las letras. En segundo lugar la preferencia es por Ingenieros y Freud, pensadores y verdaderos intelectuales puros. Los creadores originales en el arte de nuestro tiempo, como Borges y Picasso, lograron menores adhesiones. Estas preferencias pueden sugerir algunos rasgos de cultura y personalidad que determinan la visión del mundo propia de los cirujanos, y que se reflejan sin duda en el matiz personal de sus decisiones.

LA RELACIÓN HUMANA ENTRE EL CIRUJANO Y EL PACIENTE

Mientras en pueblos antiguos o primitivos el enfermo estableció relación con los dioses, los de-

monios o los sacerdotes, existió un vínculo heterogéneo extraño a toda posibilidad ética. Cuando nace la relación del enfermo con el médico, como vínculo de persona a persona, aparece la ética en la medicina.

"El especialismo, el tecnicismo y el colectivismo, son en alguna medida responsables de que el papel del médico haya declinado su tradicional sabiduría, arte y virtud, y se formule la pregunta de si la medicina como actividad es hoy ciencia, arte y moral, o acaso más bien industria, comercio y política" ha dicho Mainetti¹⁰⁵. Existe una evidente crisis humana en la medicina actual que por un lado ha llegado a formular proezas técnicas y al mismo tiempo ha despersonalizado el trato al paciente, apartándose de la beneficiosa y tradicional relación personal, tan importante para lograr un mecanismo terapéutico.

Debe introducirse el "sujeto" en la ideología y el pensamiento del médico. El enfermo ya no es "un objeto o caso" sino un "sujeto", con una integridad afectiva, un contorno socioeconómico, una situación psicológica, que otorgan matices totalmente individuales a su enfermedad. "El médico actual ve, siente, aprende y practica su medicina a través de unos medios tecnificados que ya no puede evitar, y de los cuales tampoco puede prescindir. El peligro surge cuando el criterio técnico trata de identificarse con la propia esencia del acto médico"¹¹⁷. Para relacionarse con este modelo de hombre enfermo el médico debe integrar 3 condiciones imprescindibles: erudición, cultura y ética. Si el enfermo es sólo considerado como caso para estudio científico, se convierte en objeto de las ciencias naturales, y el médico en un veterinario que observa los procesos biológicos fuera de todo humanismo integrador.

Ha dicho Loudet⁹⁶: "cuando el médico dice mi enfermo, quiere decir que sólo él lo posee, lo conoce, lo quiere. Es suyo porque él lo ha estudiado, penetrado y conquistado. Cuando el enfermo dice mi médico, anuncia un acto de fe, y sobre esa fe funda su consuelo y su curación posible. Mi médico quiere decir sobre todas las cosas, que sólo ese médico ha descubierto su verdad dolorosa, la

más íntima y conmovedora de todas las verdades. El día en que el Estado se apodere de todos los médicos y de todos los enfermos, el médico será el de guardia y el enfermo un número descolorido".

Una adecuada entrevista médico-paciente permite un conocimiento integral del enfermo, más amplio que el de sus problemas orgánicos. Algunos factores significativos como condiciones culturales, medio social, relaciones familiares, preocupaciones económicas, deben indagarse con discreción para obtener una imagen integral que permitirá un vínculo humano excelente y terapéutico, que fortalece el respeto del enfermo hacia el médico, y la autoridad del médico en esta relación asimétrica.

En inglés "dis-ease" (enfermedad) significa "de-sazón", no encontrarse bien a gusto, y esto es generalmente por efectos emocionales y no por razones orgánicas⁷¹.

Varios son los factores que han llevado a una situación de inquietud e inseguridad en la labor quirúrgica. En la encuesta los cirujanos contestan al respecto:

Pregunta N° 2

¿Cuál es para usted la causa más importante en el aumento de los juicios a los cirujanos?

	%
Mayor exigencia y menor resignación de los pacientes	12,9
Deterioro de la relación médico-paciente	52,3
Abogados inescrupulosos que buscan juicios	23,3
Incremento de fallas éticas de los cirujanos	11,5

Sin duda, la buena relación con el paciente y sus familiares a través de un acto médico personalizado, evita conflictos y logra tolerancia frente a errores o fracasos. Los abogados que buscan juicios tienen menor responsabilidad en estos conflictos.

Ha dicho Baliña¹⁶ que "para lograr el acto médico debe existir confianza por parte del paciente y conciencia por parte del médico". Al establecerse la relación afectiva, el médico y el paciente contraen un pacto terapéutico tácito que permitirá luchar en forma integrada y ordenada contra la enfermedad.

Los factores emocionales dominan esa relación porque los pacientes necesitan un vínculo afectivo, un apoyo humanitario en su enfermedad, más aún que la eficiencia técnica sofisticada.

COMENTARIOS EMOTIVOS DE LOS PACIENTES QUIRÚRGICOS

En 1974 realizamos, con la ayuda de estudiantes, durante un lapso de 8 meses, un estudio inédito sobre 100 pacientes (50 de cada sexo) internados en la 1ª Cátedra de Cirugía. Se obtuvieron datos elocuentes sobre la relación humana, la comunicación y la afectividad de los enfermos sometidos a cirugía (cuadro 1).

Puede decirse sobre estos datos que aproximadamente el 30% de los pacientes sufre malestar emocional durante la internación, que el trato es considerado correcto en un 80%, con mayores deficiencias por parte del personal no médico, que entre el 20 y el 30% no conocen su diagnóstico ni la operación practicada, y que casi el 60% no saben quién los operó. El 30% sufrió postergaciones en la fecha de su intervención.

CUADRO 1

Cien pacientes internados y operados

Situación emotiva	%
Bienestar	69
Malestar (agresividad, ansiedad, melancolía)	31
Opinión sobre el trato recibido	
De los médicos	
Deficiente	2
Correcto	79
Excelente	19
De las enfermeras	
Deficiente	8
Correcto	79
Excelente	13
Información recibida por los enfermos	
Sobre la enfermedad ¿diagnóstico?	
Saben	71
No saben	29
Sobre la operación ¿de qué lo operaron?	
Saben	80
No saben	20
Sobre el cirujano ¿quién lo operó?	
Saben	43
No saben	57
Postergación de las operaciones	
Operados en la fecha programada	68
Operados con postergación	32
Causas administrativas de la postergación	77
Causas del paciente en la postergación	9

Los elementos emocionales se destacan en el impacto que ejerce la cirugía, y condicionan fuertemente la imagen que el enfermo guarda de su experiencia. Así lo demuestra una investigación realizada para este trabajo, en el libro donde los

pacientes del Hospital de Clínicas de Buenos Aires anotan voluntariamente sus comentarios. Se analizaron las quejas y los elogios relacionados solamente con actos quirúrgicos y servicios de cirugía, correspondientes al período de enero de 1985 a mayo de 1986 (17 meses).

Sobre un total de 203 comentarios de los pacientes, 196 tienen carácter notoriamente emocional y afectivo. De ellos 54 son quejas y 142 son elogios y agradecimientos. Solamente 7 comentarios se refieren a problemas técnicos o administrativos. El análisis de las expresiones y vocablos significativos repetidos en los comentarios, ofrece el resultado que figura en el cuadro 2.

CUADRO 2
Comentarios de los pacientes quirúrgicos

Vocablos significativos	Veces que se emplean
Elogios y agradecimiento: 142	
Agradecimiento	43
Calidad humana, valor humanitario, calor humano	36
Maravillosa atención	14
Amabilidad	13
Dedicación	8
Afecto, cariño, dedicación, muy bien atendido	6
Cordialidad, gratitud, desinterés	4
Disposición humana, divina, que Dios los acompañe, felicitaciones, ternura, humanidad, respeto, profunda emoción, bondad, solidaridad	3
Comprensión, buen trato, valores éticos, amor, profesionalismo, palabra cálida, trato maravilloso, generosidad	2
Buena voluntad, trabajo con amor, palabras de aliento, capacidad, voluntad, preocupación, gentileza, presencia sensible, delicadeza, devoción, interés, médico amigo, personal solícito, buenos oficios, magnífico personal, maravilloso cuerpo médico, diligencia, esfuerzo, noble labor, responsabilidad, felicidad, paciencia ejemplar, no olvidaré	1
Quejas: 54	
Suspensión de operación	9
Demora, maltrato	8
Mala educación	7
Falta de responsabilidad, mala atención, largas esperas, insolencia, mala información	4
Falta de ética, pérdida de tiempo, atendido como cosa y no como persona, burla del médico, baja cultura, angustia, falta de humanidad, grosería, mala disposición, médicos inhumanos	1

FRECUENCIA DE LAS DEMANDAS

En Estados Unidos se ha incrementado notablemente el número de juicios contra médicos, provocados por el deterioro de la relación con los pacientes, la excesiva tecnificación, la masificación despersonalizada de los actos médicos, el abuso de la divulgación, la discusión pública de problemas científicos, la violación del secreto, la falta de información adecuada. El sistema actual de seguros excesivamente caros y la retracción en el empleo de muchos tratamientos para evitar riesgos, ha llevado a situaciones graves en la actividad quirúrgica, y el American College of Surgeons considera que la legislación vigente no soluciona el problema y protege indirectamente a los cirujanos incompetentes, mientras que las demandas jurídicas por malpráctica aumentaron de 220.000 dólares en 1975 a 1 millón de dólares en 1985⁸. Ya en 1960 hubo 6.000 demandas en Estados Unidos y el costo de los seguros fue de 45 millones de dólares. En 1980 los seguros por malpráctica se calcularon en medio billón de dólares¹²⁹.

En Francia los juicios por responsabilidad médica aumentaron de 5 por 1.000 en 1945, a 20 por 1.000 en 1965, y un panorama semejante se ha visto en Gran Bretaña.

En la Argentina se han inscripto más de 50 juicios por responsabilidad médica entre 1960 y 1980, pero no hay estadísticas actuales y los juicios con sentencia son pocos, pues en la mayoría de los casos se llega a un acuerdo entre las partes sin intervención del juez¹²⁴.

La pregunta Nº 3 de nuestra encuesta revela que los cirujanos argentinos han sufrido pocas demandas:

Pregunta Nº 3

¿Ha tenido usted alguna demanda jurídica de parte de un paciente?

	%
No he tenido	85,7
He tenido una	13,3
He tenido varias	1

El exceso de juicios a los cirujanos ha llevado en algunos países a practicar la llamada "cirugía defensiva", donde el profesional acosado por controles y exigencias, se distrae en solicitar estudios innecesarios o evita tratamientos lógicos para cubrirse contra las demandas¹¹². Se considera que

esta situación resulta de un medio ambiente hostil a los médicos, en especial a los cirujanos, y que muchos jueces demuestran su descontento por la comunidad médico-quirúrgica⁸¹. Algunos jurados han expresado que tuvieron experiencias desfavorables con los médicos, demostrando una predisposición negativa, y es necesario recordar que para el público general, muchos tratamientos considerados de rutina por los cirujanos, resultan terroríficos o inaceptables²⁰⁶.

RESPONSABILIDAD DEL CIRUJANO

La idea de responsabilidad no se contrapone con la idea de libertad. Por el contrario, aparece cuando el hombre usa su libertad en relación con los demás. Pero también existe responsabilidad frente a uno mismo, en soledad. Cuando el hombre actúa "por necesidad" tampoco existe contradicción con una libertad responsable. No es real que quien actúa libremente no lo hace por necesidad, y quien actúa por necesidad no lo hace libremente. Actúa libremente quien reconoce lo que es necesario, es decir quien usa su libertad de acuerdo a la responsabilidad¹⁴⁵.

El hombre se responsabiliza cuando cumple tareas en relación o dependencia con los demás: en el trabajo, la familia, el estado, la iglesia, el médico frente al paciente. No se trata de un orden establecido por normas, sino de una condición moral, de un reconocimiento de los otros hombres que fundamenta la libertad de acción, porque en la medida en que somos libres somos responsables de algo. La libertad sólo es posible para uno cuando puede serlo también para los demás.

¿Tiene el médico libertad para realizar todo lo posible? En nuestro tiempo de crisis, sin duda la medicina es observada con desconfianza y en muchos casos objetada éticamente. Ya nadie cree que la ciencia siempre es buena, y los mismos médicos temen la aproximación cada vez mayor a territorios peligrosos, y hasta han propuesto una moratoria en algunas investigaciones, tratando de definir los límites de responsabilidad en sus descubrimientos¹⁰⁰.

Kant estableció una analogía entre la ley natural y la ley moral, considerando la validez de la naturaleza como fundamento para una normativa ética creada por los hombres. Propone el llamado "imperativo categórico" al expresar: "actúa como si la máxima ecuación debiera convertirse por tu voluntad en ley natural universal"^{cit. 11}. Pero esta unidad entre el ser y el deber ser, esta identidad entre la realidad natural y la norma moral, entre

la libertad y la responsabilidad, pierde consistencia en los tiempos modernos, cuando la medicina deja de ser indefectiblemente buena, cuando el conocimiento de la naturaleza puede oponerse a la moral.

Algunos argumentos han pretendido negar la responsabilidad pública y civil del médico, entre otros: que se lesiona la dignidad de la profesión, que el título otorgado por el estado es suficiente como garantía de seguridad, que el poder jurídico carece de conocimientos técnicos como para juzgar la conducta médica. Por supuesto que la medicina no es una ciencia exacta, y la cirugía tiene matices de arte que permiten infinitas variantes de procedimientos aun en casos análogos. Pero el paciente no puede quedar librado a la intuición antojadiza del cirujano, porque existen criterios ya consagrados, normas firmes consideradas como verdaderas, que han restringido cada vez más y en forma progresiva la libertad del cirujano, llevándolo hacia una mayor exactitud científica¹²⁴⁻¹⁹⁰.

Los códigos o los tribunales de ética solamente ofrecen consejos y reclaman honestidad, pero sus buenas intenciones son insuficientes para regular el ejercicio profesional. El reproche moral tiene una eficacia relativa y no beneficia al paciente cuando es víctima de una malpráctica. Una actitud incorrecta por parte del médico, que signifique negligencia, impericia, imprudencia o abandono, debe resarcir el daño en el terreno jurídico. De allí que la responsabilidad ética no puede ser separada de la responsabilidad jurídica. Son territorios que se superponen y se complementan. Ha dicho López Bolado⁹¹: "Lo que la deontología exige del médico, la ley lo hace un deber legal. Mucho más que en otras modalidades de relación social, se funde lo ético con lo legal en el ámbito de la profesión médica".

La comunidad y el estado pueden imponer al individuo algunas obligaciones en el ámbito de la salud: vacunación obligatoria, internaciones de infectocontagiosos, exámenes periódicos, etc. Algunos individuos, como una mujer embarazada que desea abortar, o los familiares de un moribundo desahuciado, pretenden arrogarse a veces ciertos derechos sobre los derechos de otras personas, pero la libertad propia termina donde empieza la del prójimo. Esto tiene relación con el derecho al suicidio y a la eutanasia. La historia del siglo XX ofrece muchos ejemplos donde los médicos se han visto implicados en el abuso de poder, en la práctica de la tortura, los tratos inhumanos o degradantes a prisioneros, la internación forzosa en hospitales psiquiátricos, la psicocirugía o los malos tratos a ni-

ños y mujeres. La situación no mejorará si se desplaza la responsabilidad del médico a otras personas. Hay quienes proponen que los encargados de la salud y la protección humana sean administradores o juristas, pero no médicos. Pero "sea cual fuere la situación teórica, lo cierto es que los médicos son los principales depositarios de la responsabilidad de proteger los derechos individuales"¹⁸⁸.

Los médicos deben seguir asumiendo la responsabilidad de sus asuntos y del respeto al individuo, para lo cual necesitan una buena libertad de acción. Los excesivos reglamentos que pretenden enumerar todo obstaculizan esa libertad de conciencia, especialmente en temas controvertidos y difíciles. Por ejemplo el cirujano que estuviera obligado a explicar todas las complicaciones posibles de una operación habitual, podría alarmar innecesariamente al enfermo. Así también la rigidez de los reglamentos ha dificultado mucho el desarrollo de los trasplantes y ha impedido la salvación de muchas vidas, por culpa de las trabas que se imponen para retirar a tiempo un órgano de un donante fallecido. Muchas opiniones sostienen que los médicos deben disponer de un margen amplio de decisión, actuando según su propia conciencia y sobre todo teniendo en cuenta la opinión del enfermo⁶⁸⁻¹⁸⁸⁻¹⁹⁶.

La responsabilidad legal del cirujano ha tenido siempre una evolución paralela a la de su responsabilidad ética. Desde el punto de vista del derecho civil, refiere la obligación que tiene el cirujano de reparar sus errores voluntarios o involuntarios, cometidos en el ejercicio de su actividad. Existen variantes en cuanto a responsabilidad contractual o extracontractual, según si había previamente un convenio o contrato entre el cirujano y el paciente, pactado en formularios de consentimiento para operaciones, mutilaciones, esterilización, autopsia, etc. La prescripción de la acción reparadora en caso contractual es de 10 años en el derecho argentino²⁰⁹.

El Código Civil Argentino contiene diversas referencias al problema de la responsabilidad por hechos cometidos, que pueden aplicarse a los actos de los cirujanos⁴⁴. Clasifica los hechos en voluntarios e involuntarios; estos últimos sin discernimiento ni intención no producen por sí obligación alguna (Art. 897 y 898). Las consecuencias son imputables al autor de un hecho cuando las hubiere previsto o cuando haya podido preverlas (Art. 904), pero si son puramente casuales y no previstas, no son imputables (Art. 905). Las consecuencias remotas no son imputables cuando no tienen nexo de causalidad con un hecho ilícito (Art. 906).

Cuanto mayor sea el deber de obrar con prudencia y pleno conocimiento de las cosas, mayor será la obligación que resulte de las consecuencias posibles de los hechos (Art. 902). Esto significa que, cuanto más compleja sea la cirugía que se practica, y más importante su significado en la vida del paciente, mayor será la responsabilidad del cirujano por sus consecuencias. Por estos mismos principios, la responsabilidad jurídica de los especialistas es aún más pesada.

Un fallo de la Cámara de Apelaciones y Civil del 29-VII-1977 dice entre otras cosas: "Es responsable un médico por los errores graves y evidentes que comete o por falta de un mínimo de prudencia y atención, y por aquellas equivocaciones en que incurrió honestamente, máxime si se trata de un especialista"¹⁴¹.

Se ha definido la responsabilidad del cirujano como la "obligación de sufrir las consecuencias de ciertas faltas cometidas en el ejercicio de su arte, faltas que pueden comportar una doble acción, civil y penal"¹⁴¹. Esta responsabilidad tiene connotaciones de culpa, y el daño no premeditado será considerado culposo, pero si existió intención en el mismo tendrá características dolosas.

Como no han prosperado los argumentos que pretendían otorgar al médico el privilegio de quedar exceptuado de obligaciones jurídicas, la responsabilidad médica ya está incorporada a la legislación, teniendo en cuenta que deben prevenirse los daños y cumplirse las normas técnicas, evitarse la temeridad, el abandono, o la falta de conocimientos que ocasionan un perjuicio al enfermo. El Código Penal sanciona a quien causa lesiones u homicidio por imprudencia, negligencia, impericia, o inobservancia de los deberes y reglamentos. El médico por lo tanto está incluido en las obligaciones comunes del derecho, y quienes lo juzguen no entrarán en el análisis de problemas científicos ni objetarán los progresos técnicos o el prestigio de la profesión.

CARACTERÍSTICAS DE LA RESPONSABILIDAD EN CIRUGÍA

La diferencia entre el clínico y el cirujano es que éste asume una responsabilidad inmediata, rápida, que requiere una decisión firme, clara, siempre sostenida por el buen juicio. "El cirujano debe permanecer director de orquesta", ha dicho Lortat-Jacob¹²⁰. "Debe conocer todos los movimientos de sus colaboradores, dirigir a su anestesista, establecer el ritmo y el estilo de un equipo. Es el que comanda y asume las consecuencias de lo que pasa".

Sobre la distribución de responsabilidades en el equipo quirúrgico, se han expuesto diversas interpretaciones⁶⁹⁻²⁰⁴. Algunos consideran que ya no existe el equipo con jerarquía, donde el cirujano es el jefe que decide y controla. La aparición de especialistas con autonomía, como los anestesiólogos, hace que la responsabilidad se fragmente, se haga personal, porque cada uno de ellos es quien conoce bien su especialidad. Al cirujano se podría imputar solamente la elección del anestesiólogo.

Ha dicho Zavaleta²¹²: "Una responsabilidad es atribuible al centro asistencial, o al cirujano, o al grupo de trabajo, pero jamás, como se ha sostenido alguna vez, exclusivamente al cirujano. Es absurdo e inadmisiblemente responsabilizarlo íntegramente y significa algo tremendo: que la justicia está detenida en sus conceptos desde hace 100 años".

Por el contrario Jean Gosset²⁰⁴ opina que el cirujano asume ante el paciente toda la responsabilidad, y que "debe estar capacitado para dirigir e incluso controlar a sus colaboradores; debe ser un poco anestesiólogo, reanimador y biólogo".

Zaffaroni²¹⁰ afirma que es inadmisiblemente la responsabilidad penal del jefe por los actos de sus subordinados, ya que el cirujano no siempre puede controlar por ejemplo, la actividad de su anestesiólogo. En esto ha mencionado el "principio de confianza", que rige la conducta de quien confía en el desempeño técnico de los demás colaboradores, cuyos errores no le son imputables.

Como jefe del equipo el cirujano debe coordinar las tareas, tomar las decisiones y vigilar a los colaboradores; en ese sentido le corresponde la responsabilidad directa de los hechos.

Si algún miembro del equipo con autonomía científica, como el anestesiólogo, transfusionista o cardiólogo, comete el daño en forma individual y exclusiva, también tiene responsabilidad directa propia o compartida con el jefe del equipo¹¹². La responsabilidad colectiva corresponde a hechos producidos por varios médicos que no forman equipos y tratan simultáneamente al enfermo, cuando no es posible individualizar a uno de ellos como único autor del daño.

La responsabilidad solidaria ha sido establecida en el Art. 19, Inc. 9, de la Ley 17.132, cuando afirma que el médico jefe debe "fiscalizar y controlar el cumplimiento de las implicaciones que imparte a su personal auxiliar", pero también que estos auxiliares son "solidariamente responsables si por insuficiente o deficiente control de los actos por éstos ejecutados, resultare un daño para terceras personas"¹¹².

Otras opiniones¹³⁶ sostienen que las "nurses" y enfermeras también han asumido responsabilidad en tareas cada vez más complejas y competentes, y que resultaría injusto concentrar todas las culpas en el cirujano jefe, cuando ellas también actúan con obligaciones que no corresponde delegar. En todo sistema de atención al paciente, debe examinarse con cuidado el proceso de delegación y límites de responsabilidades.

Al respecto los cirujanos argentinos en nuestra encuesta asumen mayoritariamente la responsabilidad de los actos, y solamente la delegan en un 27% a la enfermera (Pregunta N° 4):

Pregunta N° 4

Si durante una operación, la enfermera del quirófano comete un acto de impericia que daña al enfermo, ¿quién es el responsable?

	%
El cirujano actuante	40
La enfermera	27
El sanatorio	17,5
El jefe del quirófano	15,5

Roding¹⁴⁸ sostiene que los requisitos para la responsabilidad del cirujano deben ser muy severos y de características múltiples. No solamente se necesita una capacidad profesional y técnica adecuada, sino también aptitudes en el trato social y personalidad comunicativa. A veces existen obstáculos para alguna de estas condiciones que perturban la actuación responsable del cirujano en su integridad.

Los errores de diagnóstico raramente llevan a planteos judiciales porque en ellos se equivoca el espíritu, y no la mano. Los clínicos tienen por eso pocas demandas y planteos, en cambio los cirujanos sufren perjuicios cuando cometen errores por fallas técnicas. El cirujano Ody¹²⁸ afirma: "Es justo que reparemos el daño causado por nosotros y que podamos ser llamados a rendir cuentas de la vida del prójimo ante los jueces. Sólo podemos ser condenados por la opinión de nuestros colegas, y no por la de los juristas. Cualquier cirujano cree que debe reparar el daño por él causado, pero a condición de que este daño sea imputable a ignorancia patente, a torpeza, descuido, negligencia o imprudencia. Sin embargo, la mayoría de las veces los procesos por responsabilidad no tienen otro origen que las informaciones temerarias o malintencionadas de un colega, o las afirmaciones gratuitas de una enfermera rencorosa".

RESPONSABILIDAD CONTRACTUAL Y EXTRA-CONTRACTUAL

Una sentencia de la Cámara Civil de la Capital³⁵ establece que "la responsabilidad emergente del ejercicio de la medicina es de carácter contractual. Sólo excepcionalmente es de carácter delictual o cuasi-delictual cuando el médico comete el delito de derecho criminal o viola disposiciones reglamentarias de su profesión".

Otras opiniones citadas en este fallo refieren que los servicios médicos no constituyen un verdadero contrato porque no son el equivalente de una prestación en dinero, por lo cual la relación entre el médico y su cliente es de un verdadero mandato. También se ha considerado al contrato de asistencia médica como locación de servicio o de obra. Pero no es de servicio, porque el médico no sigue órdenes o instrucciones del paciente, sino que es el paciente quien recibe las prescripciones. Tampoco es de obra, porque el médico no promete curar.

Al rechazar pues estos criterios, la Cámara Civil sostiene que "desde el momento que entre el médico y su cliente se ha constituido un vínculo jurídico obligatorio (el médico a suministrar sus cuidados al enfermo y éste a remunerar esos servicios), la responsabilidad en que aquél puede incurrir por inejecución de las obligaciones a su cargo, ha de juzgarse de acuerdo a las normas consagradas a la misma (Art. 1107 del Código Civil)". Se excluye así una categoría especial de "culpa profesional" para los médicos, aun cuando los servicios se presten en forma gratuita, como en el hospital público, ya que "se realiza una relación contractual, puesto que media un cambio de voluntades, tanto por parte del enfermo, como de la administración del nosocomio que lo recibe".

Una sentencia de la Cámara de Apelaciones en lo Civil³⁹ estableció que "cuando el médico actúa poniendo su celo profesional, el fracaso del método elegido con la prudencia del caso, no puede serle imputado". Para apreciar la culpa del médico debe conciliarse en un justo punto la protección de su tarea con la seguridad del paciente. Como dice Alsina Atienza⁷ "por un lado es necesario que los facultativos no puedan verse amenazados por demandas temerarias o abusivas e incluso que puedan ensayar nuevos métodos para progreso de su ciencia, en bien de la humanidad; por otro, la salud y la vida del paciente exigen que haya una responsabilidad en quienes practican el arte de curar". Pero esta responsabilidad debe ser manejada con mucha prudencia, porque el médico enjuiciado "puede ser mucho más capaz que

los expertos, y en cuestiones científicas nadie puede presumir de infalibilidad, para comprender hasta qué punto los tribunales, obligados a juzgar las cosas a través de dictámenes técnicos, corren el riesgo de equivocarse grandemente".

OBLIGACIONES DE MEDIO Y DE RESULTADO

Cuando un paciente demanda por el fracaso de un tratamiento, a él corresponde demostrar que la atención no se ajustó a lo pactado con el médico. Allí debe existir gran precisión para determinar hasta dónde llegaba lo pactado. "Si el médico no se comprometió expresa ni implícitamente a curar o aliviar al paciente, su obligación se reduce a intentar ese resultado, siguiendo la misma línea de conducta diligente en tal sentido. Por lo tanto, aunque el paciente pruebe el fracaso del tratamiento, no habrá logrado con ello justificar el mal cumplimiento del facultativo. El fracaso no es sinónimo de culpa"⁷.

La obligación del médico con el paciente se llama "de medio", porque se obliga solamente a intentar un éxito con medios adecuados. En cambio, en las llamadas obligaciones "de resultado", hay una exigencia para lograr un beneficio convenido; es el caso del empresario de obras o del vendedor de un producto. Si el paciente desea demostrar la culpa del médico en esta obligación "de medio", debe justificar la falta de diligencia o el mal cumplimiento de la prestación.

Por otro lado, también la doctrina jurídica establece diferencias entre el tipo de fracaso. Si una riesgosa operación cardíaca no da resultados, es difícil adjudicar culpa al cirujano. Pero si una simple extirpación de un lipoma produce tétanos o gangrena, podrá deducirse la culpa. En un caso así, la malpráctica podrá establecerse con una sola presunción grave e inequívoca⁷.

Con motivo de un juicio, la Cámara Nacional en lo Civil⁴¹ sentenció en 1977 los siguientes conceptos: "La obligación asumida por el médico es de medio, no de resultado, salvo casos excepcionales como la cirugía estética. El médico no está comprometido legal o contractualmente a curar, sino a tratar de hacerlo, aplicando técnicas correctas y poniendo la mayor diligencia en el ejercicio de su ministerio". "Aun cuando el cirujano observe rigurosamente las reglas de su arte, puede presentarse un riesgo quirúrgico imposible de prevenir y controlar. El buen sentido impide exigirle éxito, pues no está a su alcance prometerlo"⁴⁰.

El jurista Salvat¹⁶¹ otorga amplia libertad y garantía al médico en su tarea, mientras sólo exige

prudencia, respeto y conocimientos racionales de su arte: "La orientación actual de la doctrina reconoce al médico un amplio margen de libertad para formular el diagnóstico y elegir el tratamiento adecuado, lo mismo que para resolver la necesidad de una operación, pero con una condición: que el médico no haya obrado con desconocimiento de los principios racionales del arte médico. Si obra de acuerdo con ellos, si ha observado cuidadosamente al enfermo para no incurrir en conclusiones precipitadas, la responsabilidad de él quedará a cubierto y los casos de errores será preciso imputarlos a la fragilidad propia de la naturaleza humana".

Se ha señalado una línea divisoria entre la responsabilidad jurídica y la responsabilidad personal del médico. Los juristas se interesan en el resultado, en la responsabilidad a posteriori, especialmente si ha existido un fracaso, un accidente quirúrgico, un error de tratamiento. Al médico le interesa en cambio la situación al iniciar su trabajo, cuando aparecen dudas y riesgos, cuando sabe que puede fallar a pesar de todo lo bueno que haga. "Quien pretenda imputar al médico una culpabilidad, acaso castigue más su poca fortuna que sus errores"²⁰⁴. Porque si el médico tiene tranquilidad de conciencia y actúa con responsabilidad moral, no debe preocuparse obsesivamente por lo jurídico. Preocuparse por lo jurídico llevaría a actuar sólo con medios inocuos, a no hacer nada para evitar riesgos, a no jugarse por el paciente; o por lo contrario a excederse en los tratamientos para resguardarse con el objeto de "haber hecho todo lo posible".

El cirujano se ve obligado a resolver problemas en forma inmediata, a menudo con urgencia y consciente de que en su decisión se juega el destino de la vida o la capacidad física del paciente. Esta característica debería ser considerada como atenuante en los juicios a cirujanos, porque resulta fácil criticar una indicación o un procedimiento cuando luego se analizan cómodamente sus fallas o fracasos¹¹².

CULPA Y DAÑO EN CIRUGÍA

En derecho se ha definido como "lesión quirúrgica" a la "alteración corporal que produce una intervención médica efectuada conforme a las reglas del arte"²¹⁰. Se excluyen de este concepto las lesiones dolosas o culposas, o las que tienen carácter penal. En el caso de una operación con finalidad terapéutica existe un acuerdo y no un consentimiento: no se dispone de la salud como bien jurídico sino de la libertad. Si la operación no tie-

ne finalidad curativa, se dispone de la salud o de la integridad física, y por lo tanto existe consentimiento: es el caso de la cirugía plástica. Así como se acepta el peligro para la vida con consentimiento en las competencias deportivas, también se acepta jurídicamente el consentimiento para experimentos quirúrgicos o aplicación de técnicas nuevas, mientras existan precauciones adecuadas en la práctica operatoria.

En las operaciones con propósitos terapéuticos no puede existir dolo, porque la conducta persigue justamente el alivio, la cura, o la eliminación de daños en el cuerpo, para recuperar la salud. Si esto no se ha logrado, si la operación fracasa, podrá existir condición culposa solamente cuando se violan las reglas del buen arte quirúrgico. "La voluntad de curar excluye la intención delictiva. El acto que comete el cirujano no es doloso, por cuanto tiene finalidad inocente. El consentimiento del paciente o de su representante, justifica la ejecución del tratamiento quirúrgico, así como sus fracasos. Sólo pueden ser sancionados por la justicia los errores muy groseros o aquellos desempeños en los que es evidente la falta de seriedad y responsabilidad"²¹².

En las operaciones no terapéuticas puede ocurrir un daño en el cuerpo buscando propósitos estéticos o para mejorar la salud de otro, como en el caso de los dadores vivos en trasplantes. Si no hubo consentimiento del paciente, se incurre en lesión dolosa. Si hubo consentimiento pero fracasó la operación por fallas en las reglas del arte quirúrgico, se tratará de lesión culposa. Solamente en el dolo, es decir en la finalidad de objetivos, se encuentra la diferencia entre el homicida y el cirujano que provoca una muerte.

Una operación con finalidad terapéutica se considera jurídicamente con resultado positivo cuando ha mejorado la salud, aun si no tiene un restablecimiento completo, o si se logra sólo alivio o postergación de complicaciones. Las operaciones mutilantes también se consideran de resultado positivo, aun si se practican con criterio preventivo para evitar posibles daños mayores (por ejemplo colecistectomías, adenomastectomías).

Los nuevos procedimientos quirúrgicos solamente se consideran adecuados "cuando se ha tomado el máximo de precauciones o cuando ya no exista otro que permita neutralizar el peligro de muerte u otro daño"²¹⁰.

El daño provocado debe ser cierto, real y demostrado por el paciente con su prueba. Puede ser material, en el cuerpo o en el estado de salud, por homicidio o lesiones, por pérdida de la belleza fi-

sica, o bien susceptible de apreciación pecuniaria, o privación de ganancia. Pero también puede ser por agravio moral, por ejemplo, pérdida de la intimidad, violación del secreto, una operación innecesaria que ha provocado dolor, angustia o lucro cesante³¹. Puede derivar en una permanencia de la enfermedad, o en secuelas irreparables, o en prolongación de padecimientos que impidan al paciente el goce de una vida normal. El llamado daño futuro no se produce en el momento de la acción del médico, pero se manifiesta como complicación o agravación posterior¹²⁴.

La iatrogenia se refiere genéricamente a los daños o enfermedades provocados por el médico en el ejercicio correcto de su actividad, o por impericia, negligencia, imprudencia o malpráctica⁹¹.

Para considerar que el cirujano ha provocado daño al paciente, debe existir una clara relación de causalidad con el hecho. La doctrina jurídica²⁸ expresa que: "Si el daño es previsible y no fue previsto por el autor, hay culpa. Si en igual caso fue previsto y no fue evitado por el autor, hay culpa". Sobre esta culpa se determinará si existió negligencia, imprudencia o impericia del autor, que le impidió evitar el daño.

Un fallo de la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil³⁸ afirma que se impone al paciente la carga de la prueba, es decir que el paciente debe probar la supuesta culpa del médico. El cirujano cae en incumplimiento culposo cuando comete las siguientes irregularidades: violación de una obligación contractual o violación de la ley. A la víctima, es decir al paciente, le corresponde demostrar el incumplimiento de la obligación de resultado, o probar que el cirujano no prestó la conducta prometida en caso de obligación de medio²⁹. La doctrina jurídica⁴¹ ha dicho que: "Incumbe al paciente que ha recibido atención médica, demostrar que ésta no se ajustó a lo pactado, y si el profesional no se comprometió expresa ni implícitamente a curarlo o a aliviarlo, su obligación se reducirá a intentar ese resultado. Por lo tanto, aunque se pruebe el fracaso del tratamiento, el enfermo no habrá logrado con ello justificar el mal cumplimiento del facultativo".

Ya un fallo del tribunal del Sena del 30-V-1938⁴² expresaba que "no es necesaria la prueba, si el resultado obtenido por el tratamiento médico se presenta bajo una culpa gravemente dañosa, y como un hecho incompatible con la ciencia y la terapéutica normales".

La doctrina jurídica afirma que "la culpa contractual se presume y la extracontractual debe probarse"²⁵. En las obligaciones de resultado el pa-

ciente dañado debe probar la inejecución de lo pactado, ya que se trata de una relación contractual. Para salvar su responsabilidad el cirujano debe probar o demostrar los hechos fortuitos que le impidieron cumplir. En las obligaciones de medio el paciente deberá probar la culpa por mal cumplimiento, ya que el médico no prometió la curación sino sólo un tratamiento en procura de esa curación. En las obligaciones de medio, si el médico demuestra incumplimiento por causa de fuerza mayor o caso fortuito, no tendrá culpa. Pero si el paciente acredita incumplimiento y no existió fuerza mayor, no habrá diferencia entre obligación de medio y de resultado, porque el incumplimiento material hace presumir la culpa del médico⁵⁶.

También existe la llamada culpa concurrente del médico y el enfermo, cuando éste no colabora en su curación, o demuestra abandono y descuido. La solución está en buscar la justa proporción en los términos de la relación médico-paciente, y determinar cuánta culpa tiene cada uno de ellos en el mal resultado o el daño producido²⁰⁵.

Ha dicho Steimberg: "El mejor médico no es el que sabe más, es el que se equivoca menos"¹⁷⁸.

MALPRAXIS, NEGLIGENCIA, IMPERICIA, IMPRUDENCIA, ABANDONO

Malpraxis: o malpráctica se define como la "omisión por parte del médico de prestar apropiadamente los servicios a que está obligado en su relación profesional con su paciente, omisión que da por resultado cierto perjuicio a éste"²⁰⁹. De ello resultarán 2 situaciones: el cirujano deja de cumplir con su deber, y como consecuencia causa un daño a su paciente. En la mayoría de los casos la malpraxis no significa necesariamente incompetencia o mala medicina; se trata de un resultado desafortunado o de un error humano en una actividad que depende de múltiples variables y que no está sujeta a exactitud científica. La Medical Liability Mutual Insurance Company y la National Association of Insurance Commissions han demostrado que el mayor factor de influencia en los casos de malpraxis quirúrgica es la complejidad de la enfermedad y el consiguiente resultado imperfecto de los tratamientos, y no la competencia de los médicos¹²⁶. En estos estudios se indica que los cirujanos mejor entrenados, que realizan las operaciones más complejas, son los que padecen gran número de casos de malpraxis y los que entran en el mayor riesgo.

Negligencia: es producto del descuido, la falta de control, el olvido o la ausencia de verifica-

ción¹¹². Por ejemplo se comete negligencia cuando se dejan oblitos quirúrgicos, cuando no se cuidan las córneas durante la anestesia o no se ata al enfermo a la camilla, cuando no se destapa una herida infectada o no se controla al paciente en el postoperatorio.

Impericia: es resultado de una torpeza o insuficiencia técnica, de una falta de habilidad.

Imprudencia: es el exceso o la precipitación en el acto quirúrgico, que pone en peligro al enfermo.

Do Pico⁵⁷ ha sintetizado claramente los conceptos: hacer de menos es negligencia, hacer de más es imprudencia o temeridad, hacer mal es impericia. Cuando ha existido una conducta fundada y correcta, el error provocado por el cirujano escapa a la responsabilidad porque la justicia no le exige que sea infalible. Los criterios de responsabilidad civil y penal para el médico no deben ser ni excesivamente liberales ni demasiado severos; en realidad, son una amenaza para los incapaces, audaces o inescrupulosos, y una seguridad para el trabajo de los médicos instruidos y prudentes.

Abandono: la negativa de un cirujano a prestar asistencia a un paciente, puede originar una responsabilidad enmarcada en el Art. 1074 del Código Civil⁴⁴, si esta omisión de asistencia provoca daño o muerte. La Cámara de Apelaciones condenó en una sentencia³⁴ a un cirujano que se negó a operar a una mujer herida de bala en el abdomen, porque los familiares carecían del dinero efectivo para depositar previamente, condición establecida en el reglamento del sanatorio. La enferma fue derivada a un hospital donde falleció por infección 11 días después. Cuando hay abstención que produce daño, existe una responsabilidad extracontractual con vínculo de causa a efecto³⁰ y "lo que guía la actividad profesional es algo más elevado que el pago de una remuneración". Agregó la Cámara: "En casos urgentes y graves el médico está obligado a prestar su oficio cuando es requerido... y esta responsabilidad es más incontrovertible cuando está en juego la vida de una persona. El médico que obra con la independencia que comporta su profesión liberal, no puede ser considerado como dependiente del hospital o de la clínica donde se desempeña, ya que el ejercicio de su profesión es incompatible con un vínculo cualquiera de subordinación y el médico debe gozar de la más grande libertad en el ejercicio de sus funciones".

Al respecto dice Bustamante Alsina³⁰ que "el médico al egresar de la facultad se compromete a hacer de la salud y de la vida de sus enfermos la primera de sus preocupaciones, y a no permitir jamás que entre el deber y el enfermo se interpongan consideraciones de religión, de nacionalidad, de raza, de partido o de clase".

Un fallo de la Corte Suprema de Justicia⁵¹ referido a un cirujano que reapareció 5 días después de la operación por él practicada, sostiene que el cirujano no infringió un simple deber moral sino una obligación jurídica, compartida con el sanatorio donde estuvo el paciente internado. La Cámara Nacional de Apelaciones del Trabajo³⁷ también sentenció a un médico por abandono de guardia sin causa justificada, considerando el hecho como falta grave. Un cirujano fue condenado por no cuidar en el postoperatorio a una enferma con perforación intestinal, a quien dejó en el quirófano sin indicaciones. La sentencia de la Cámara⁷³ expresó que: "Es deber elemental de todo médico después de una operación cumplir la actividad necesaria para asegurar el éxito de la misma y evitar a tiempo los accidentes que sobrevengan".

Muchas veces el abandono se produce con pacientes terminales, que reciben menor atención porque son rechazados por los médicos y por la familia, o enviados en soledad a terapia intensiva, donde en realidad se justifica la internación de enfermos recuperables y no de los que van a morir. Es tan inapropiado el exceso de terapéutica en el mantenimiento artificial de una vida que se extingue, como su abandono por parte del médico, la falta de compañía y de protección al enfermo que advierte su próximo final. Lo que corresponde es ayudar a bien morir, "ayudar a morir en paz, a vivir como sí mismo hasta el momento de la muerte, y no sólo como lo que se ha denominado un residuo que no se queja"²⁰⁵.

Moore¹²³ ha estudiado el flujo de dinero en los Estados Unidos durante el año 1981 correspondiente a gastos en cirugía, sus complicaciones y el encarecimiento por malpraxis. Sobre los 90 billones de dólares por gastos de internación y honorarios quirúrgicos, existe un incremento de los costos operativos en un factor desde 8 a 20. El control voluntario o impuesto de las actividades, los seguros por malpraxis, la auditoría de casos dudosos, produce un aumento considerado entre 2 y 4 billones de dólares. Esto es el 5% de los gastos por actividad quirúrgica y se estima que es parte del flujo de dinero considerado evitable, cuyo monto total es de unos 15 billones de dólares.

CAPITULO II

CIRUGÍA INNECESARIA

En los últimos tiempos ha comenzado a preocupar el tema de la cirugía innecesaria, pero se reconocen dificultades para detectarla, ya que no existen criterios uniformes en su definición. Cada supuesto caso requiere un examen cuidadoso para determinar el grado de necesidad de una operación. No se trata de operaciones inadecuadas para el paciente o para la enfermedad. Se trata de procedimientos que, luego de efectuados con buena técnica, dejan al paciente igual o peor que antes de operarse ¹⁵⁶.

Puede incluirse aquí la extirpación de órganos sanos con conocimiento previo de que no existía una enfermedad real. Pero también puede tratarse de indicaciones bien fundadas para una operación que luego no reditúa beneficios ni mejora la enfermedad. Por lo tanto el problema es complejo y no siempre resulta sencillo detectar los casos de cirugía innecesaria. Los comités de estudios histológicos han demostrado su eficacia al vigilar el grado de patología de órganos extirpados en un hospital norteamericano. Por ejemplo el porcentaje de apendicectomías disminuyó del 25 al 10% cuando se estableció la vigilancia de un comité sobre las piezas extirpadas ²⁰⁰.

También los estudios retrospectivos sobre historias clínicas y el análisis de la sintomatología previa, pueden detectar la cirugía innecesaria cuando no se encuentran datos en la documentación, que justifiquen la operación realizada. Estas medidas de control han provocado un descenso en el número de operaciones, especialmente de amigdalectomías, histerectomías, apendicectomías y colecistectomías ¹⁵⁶. De todos modos son formas de control que deben integrarse con una supervisión más amplia sobre la calidad y certificación de los cirujanos. En todo esto tiene gran importancia el modelo de identificación que reciben los cirujanos jóvenes de su jefe ¹⁷². Como dice Mc Sherry ⁹⁹: "Quizá el factor más importante para asegurar la calidad sea el liderazgo de los departamentos. Las actividades del personal y particularmente de los residentes, suelen reflejar los intereses, las metas y

las normas éticas del director. La dedicación de este último al profesionalismo de alta calidad establece el tono para los otros miembros del personal". En cirugía sigue siendo indispensable la presencia de maestros verdaderos.

"Tenemos el derecho de operar mientras exista un porcentaje razonable de posibilidad de éxito" decía Theodor Billroth ¹³⁹. "Actuar de otra manera sería prostituir esta ciencia y este arte admirable de la cirugía, que se haría objetable ante los ojos de los profanos y de nuestros propios colegas".

Un estudio ¹⁶⁹ realizado sobre procedimientos quirúrgicos electivos en Australia, Estados Unidos, Inglaterra y Gales, demostró la limitación que existe en los datos casuísticos para tener una base de opinión sobre la necesidad o no de operaciones en pacientes particulares. Se llegó a un interrogante: ¿Debe la cirugía innecesaria limitarse por el control de los mismos consumidores (lo que se llama autonomía del paciente), o por la regulación de la propia profesión médica? Es difícil conciliar la opinión del experto y del consumidor sobre lo necesario, pero se ha propuesto la elaboración de códigos sobre la cirugía innecesaria, y la organización de comités integrados por médicos y no médicos, para lograr una evaluación exacta de las indicaciones quirúrgicas.

Francis Moore ¹²² ha analizado el aumento estadístico y la posible "avalancha de operaciones innecesarias", y considera que no es únicamente válido el argumento de que "donde hay más cirujanos se efectúan más intervenciones quirúrgicas". Puede existir a veces cirugía innecesaria, pero también los cirujanos enfrentan hoy nuevas necesidades y requerimientos de la población. En Estados Unidos ha descendido el número de amigdalectomías y de histerectomías, como consecuencia de una mejor educación del público y de los cirujanos, que también reciben el impacto de informes y denuncias. Pero Moore reconoce que las operaciones innecesarias aumentan cuando hay muchos cirujanos, en especial jóvenes residentes o egresados que buscan trabajo. Para corregir estos excesos, Moore propone el control estricto y la conserva-

ción de las normas quirúrgicas, manteniendo el nivel de excelencia y la inspección con desacreditación inmediata de los programas deficientes. Y agrega: "La práctica de la cirugía es la más sensible al nivel de excelencia. Las operaciones chapuceras con mala anestesia son lamentadas por todos. El costo de las desventuras en la cirugía es sorprendente".

También se ha comprobado que se operan menos pacientes familiares de cirujanos, que aquellos del público general que no lo son, tomando en cuenta iguales edades y condiciones⁶⁰.

La cirugía innecesaria adquiere gravedad aún mayor cuando provoca complicaciones o muerte. En la Argentina no existen estadísticas globales de muertes intraoperatorias, pero en Estados Unidos para todo tipo de cirugía se ha referido una muerte cada 1.000 a 1.200 operaciones¹²⁷. Esto significa unas 8.000 muertes por año, aproximadamente 1 muerto cada hora en el transcurso de operaciones.

Jean Gosset¹⁰⁷ decía que "en cirugía conocemos el homicidio por orgullo y por suficiencia, por ignorancia o por inhabilidad, por lucro o por brutalidad, por fama o por amor propio, ... por timidez, por abstención".

También preocupa a la ética en cirugía el exceso de estudios y análisis innecesarios. Los pacientes suelen padecer reiteradas punciones venosas en un mismo día, radiografías y otras técnicas desagradables y costosas que no son indispensables. En el Hospital de Clínicas de Buenos Aires se ha observado que, luego del ingreso anual de los nuevos residentes, se produce un incremento notable de pedidos de laboratorio y una reiteración injustificada de análisis. Algunos pacientes sufren hasta 5 punciones venosas en el día y una exfoliación sanguínea considerable. En medicina no debe hacerse nada que produzca más sufrimientos que la misma enfermedad, ni practicarse nada que no sea indispensable, ni usarse a los enfermos con fines académicos o curiosidad científica, ni someterlos a estudios, demoras, traslados, gastos y dolores, para obtener exámenes que no reportan beneficios.

EL SECRETO EN CIRUGÍA

El cirujano debe guardar secreto de los hechos que conoce en el ámbito de su ejercicio profesional. Este concepto ya existe en las normas del juramento hipocrático, fundadas en la protección de la intimidad del paciente. Se considera que el secreto puede ser absoluto, cuando sin excepción corresponde callar lo que se conoce, o relativo

cuando en alguna circunstancia, o por obligación jurídica, el médico debe revelarlo.

Cuando el cirujano viola un secreto y con esto perjudica a un paciente, comete un delito penado por la ley y por la moral médica. El Código de Procedimientos²⁷ en su Art. 165, obliga a los cirujanos a "hacer conocer dentro de 24 horas o inmediatamente, en caso de grave peligro, ... los atentados personales cualquiera que sean, en los cuales hayan prestado los socorros de su profesión... bajo las represiones establecidas en la legislación penal". Pero el Art. 167 del mismo Código exceptúa lo dispuesto anteriormente en el caso en que los cirujanos "hubieran tenido conocimiento de delito por revelaciones que les fueron hechas bajo secreto profesional". Esta contradicción significa que el cirujano tiene la opción entre ambas conductas, y debe medir con inteligencia su accionar para no dañar al paciente por un lado, y no desproteger a la sociedad por otro. Jurídicamente el médico no puede ser condenado por encubrimiento o por guardar secreto, pero también debe buscar la manera de denunciar los hechos delictivos para facilitar la acción de la ley o de la policía.

En nuestra encuesta los cirujanos adhieren por gran mayoría a este proceder, actuando con conocimiento del paciente, luego de cumplir su cometido como profesionales (Pregunta N° 5):

Pregunta N° 5

Luego de curar a un delincuente herido, fugitivo de la policía, ¿qué corresponde?

	%
Guardar secreto médico y no practicar la denuncia policial	3,9
Explicar al paciente que corresponde hacer denuncia policial, y luego efectuar la denuncia	96,1

El Código de Ética de la Confederación Médica de la República Argentina⁴⁷ afirma: "Los profesionales del arte de curar tienen el deber de conservar como secreto todo cuanto vean, oigan o descubran en el ejercicio de la profesión, por el hecho de su ministerio, y que no debe ser divulgado". Pero también dice que "el médico sin faltar a su deber, denunciará delitos de que tenga conocimiento en el ejercicio de su profesión. No puede ni debe denunciar delitos de instancia privada (Art. 70)". "Cuando es citado ante el tribunal como testigo para declarar sobre hechos que ha conocido en el ejercicio de su profesión ... la revelación no lleva involucrada una violación al

secreto profesional. En estos casos el médico debe comportarse con mesura, limitándose a responder lo necesario, sin incurrir en excesos verbales (Art. 72)". Los mismos contenidos expone el Art. 13 del Código de Etica del Colegio Argentino de Cirujanos Cardiovasculares⁴⁶.

Por supuesto que no le está permitido al médico mentir u ocultar hechos sin razones éticas o de justa causa, por ejemplo en un certificado de defunción, en una pericia, o en una denuncia por enfermedad infectocontagiosa. También puede a conciencia violar el secreto profesional para proteger la salud o la vida de la población evitando males mayores, por ejemplo, denunciando a un individuo que no está en condiciones físicas de conducir en la vía pública⁸⁶.

La Cámara del Crimen de Santa Fe³⁶ en una sentencia dictaminó que "el médico forense que recibe del procesado referencias sobre el hecho y las trasmite al juez, no viola el secreto profesional" porque su relación de dependencia le permite comunicar el secreto al superior, "más aún cuando, como perito, realiza una función que limita expresamente la vigencia de aquel secreto". Pero el médico que no actúa como perito designado, y que tiene conocimiento de delitos al atender a un paciente, se encuentra en una opción difícil, porque enfrenta la obligación ética de guardar secreto con el deber legal de denunciar delitos. El Art. 277 del Código Penal castiga con prisión al que omitiere denunciar un delito, pero el Art. 156 del mismo Código reprime también con prisión, multa e inhabilitación, al que, teniendo noticias de un secreto cuya divulgación pueda causar daño, en función de su profesión o empleo, lo revelara sin justa causa⁹⁰. Por lo tanto la contradicción es sólo aparente, ya que el Código Penal protege el secreto, y al mismo tiempo permite la denuncia. El cirujano que conoce un delito confesado por su paciente, está moralmente obligado a curarlo y protegerlo en tal condición, y sería aberrante que la ley le exigiera una denuncia. La confianza del enfermo que se entrega indefenso al médico, tiene por lo tanto un valor superior al de la obligación genérica de denunciar. Por otro lado, el cirujano debe ofrecer sin discriminaciones ni reparos todo su esfuerzo, tratando de curar o salvar al paciente, cualquiera sea su condición y su conducta.

Las "Normas Eticas" publicadas por la Dirección del Hospital de Clínicas en 1985¹⁶⁵ hacen las siguientes referencias al tema:

- "Cuidar el secreto médico en las actividades hospitalarias, académicas o de investigación.

- Conservar el anonimato del enfermo en ateneos y presentaciones.

- Abstenerse de hacer juicios de valor sobre las conductas privadas de los pacientes (delinquentes, homosexuales, abortos), ya que la función del médico no es juzgar sino ayudar al prójimo sin condicionamientos".

De acuerdo al Art. 18 de la Constitución Nacional, nadie puede ser obligado a declarar contra sí mismo, y se considera que la confesión de un paciente al médico se realiza para obtener asistencia, y no para divulgar el delito cometido⁹¹. Por lo tanto, si el médico hace la denuncia de actos que conoció en el ámbito del secreto profesional, jurídicamente esa denuncia es nula y no puede servir como elemento procesal.

Con respecto al conocimiento de actividades incorrectas practicadas por colegas, la Asociación Médica Americana⁹ incluyó en 1980 en su Código de Etica referencias a la obligación de comprometerse con denuncias, donde dice que "el médico debe conducirse honestamente, no dudando en denunciar las faltas morales o técnicas de sus colegas, lo mismo que sus fraudes o engaños. El médico respetará la ley y se compromete a promover modificaciones a disposiciones que fueran contrarias a los intereses bien entendidos del enfermo".

En nuestro medio se advierte una frecuencia alarmante en las violaciones al secreto profesional por parte de médicos que difunden al periodismo detalles clínicos, intimidades y hasta fotografías, sin que los tribunales de honor o las asociaciones médicas promuevan las sanciones que corresponden. La exigencia por parte de las obras sociales argentinas de que los médicos transcriban el diagnóstico en los recibos por consultas o prácticas, resulta inaceptable porque obliga a violar el secreto profesional. También los archivos de historias clínicas y la información acumulada en las computadoras de las instituciones, ponen al alcance de muchas personas los datos confidenciales y la intimidad de los pacientes.

DIVULGACIÓN MÉDICA

La información médica dirigida al público ofrece sin duda ventajas considerables en la educación sanitaria, en la prevención de enfermedades, en la desmitificación del cáncer, etc. Pero requiere una técnica apropiada no del todo sencilla, un lenguaje comprensible para quien va dirigido, porque de lo contrario la información puede ser contraproducente y lograr más mal que bien. Las cam-

pañás deben difundir datos útiles, pero también predisponer a actuar sin miedo, y su objetivo no es la transmisión del saber médico a la población. La profusión de conferencias y reportajes a veces confusos o contradictorios, como las discusiones públicas de temas que son patrimonio de ambientes científicos especializados, provocan daños y desprestigian a la medicina. Las polémicas sobre temas en discusión corresponden al ámbito de las asociaciones científicas o de las academias¹⁴. Debe existir una ética de la información que descarte la publicidad personal, y esa pretendida libertad irresponsable de publicar cualquier cosa sin medir el daño que se produce o la angustia que se genera con el charlatanismo médico, cuando se ofrecen tratamientos, operaciones o drogas sin seriedad científica.

Significa una grave falta moral la divulgación de temas médicos con características de sensacionalismo o de propaganda personal. A veces se profana la intimidad de los pacientes difundiendo datos sobre su estado, detalles sobre operaciones practicadas y hasta documentos gráficos obtenidos en quirófanos o en salas de terapia²¹¹. Es discutible la conveniencia de mostrar operaciones por televisión. Bien ha dicho Taverna Irigoyen¹⁸¹: "El silencio y la discreción serán los mejores ecos del acto médico. No debe perderse la autoridad buscando falsos prestigios popularistas".

El Código de Ética de la Confederación Médica de la República Argentina⁴⁷ dice que "la publicación de todo trabajo científico serio debe hacerse por medio de la prensa científica, siendo contraria a todas las normas éticas su publicación en la prensa no médica, radiotelefonía, etc. (Art. 77). Los artículos y conferencias de divulgación científica para el público no médico cuidarán de no facilitar la propaganda personal mediante la relación de éxitos terapéuticos o estadísticos, mencionando demasiado el nombre del autor o una determinada institución, o por medio de fotografías personales... o el acto de realizar determinada operación o tratamiento" (Art. 78).

Por otro lado el paciente quirúrgico debe recibir una información detallada y comprensible sobre el tratamiento al que será sometido. Debe conocer los riesgos, las molestias postoperatorias, el resultado estético, el tiempo de convalecencia. La Asociación Médica Americana incluyó en 1980 en el Código de Ética⁹ la obligatoriedad de informar adecuadamente al paciente y sus familiares. Dice que "el médico se compromete a ... poner a disposición de sus enfermos, de sus colegas y del público, toda información útil".

EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

El criterio ético exige que se informe detalladamente al paciente de los riesgos y complicaciones que pueden existir, pero también los cirujanos han expresado sus objeciones y sus dudas al respecto, considerando que en muchos casos la situación de inferioridad o de deterioro físico del enfermo, o su debilidad emocional, impiden una información minuciosa⁹⁷. En el esfuerzo del cirujano por persuadir al paciente y obtener su consentimiento, puede caerse en el llamado "paternalismo", donde el paciente cede, pero con cierta debilidad de su voluntad. Cuando los riesgos operatorios son grandes, el cirujano a veces retacea la información para obtener el consentimiento, y así se cae en el llamado "consentimiento no informado".

La solicitud de consentimiento puede en algunos casos, presentar dificultades, principalmente cuando¹²⁸:

- No se ha podido establecer un diagnóstico preciso ni indicar al enfermo aquello que se le debe hacer.
- Durante la operación el cirujano advierte la necesidad absoluta de extirpar algunos órganos cuya conservación el paciente había exigido con anterioridad.
- Existen diferencias de apreciación entre el enfermo y el cirujano sobre determinada manobra técnica.

En derecho se habla de "deber de explicación del cirujano", que consiste en informar al paciente con todo detalle las características del tratamiento quirúrgico que se le propone. Se ha discutido si corresponde explicar todos los riesgos, y existe en general el criterio de que esto no es indispensable²¹⁰. La ley 17.132 exige el consentimiento por escrito de los pacientes en caso de operaciones mutilantes, y si existe negativa, el cirujano debe explicar con detallada insistencia los peligros de tal negativa¹⁴³. Se acepta jurídicamente la acción del cirujano para salvar la vida de un paciente en peligro de muerte, aun en contra de la voluntad del paciente. Pero es inconstitucional tratar a un herido que no corre peligro, contra su voluntad²¹⁰. Si se somete a un paciente a una operación no curativa sin su consentimiento, se comete dolo por lesiones.

Jurídicamente se ha diferenciado bien el "consentimiento" del "consentimiento contractual". En el primer caso el paciente permite que el cirujano realice los tratamientos en busca de una curación, en el segundo caso el cirujano está obligado a un

buen resultado. En caso de incapacidad o minoridad del paciente, la ley establece que los profesionales requerirán la conformidad del representante del incapaz, pero se entiende que esta conformidad debe cumplir el objetivo de curar al menor o incapaz, y que la patria potestad o la tutela no pueden ejercerse con abuso, siendo los intereses del incapaz los que determinarán la decisión del tutor¹⁸⁶. Por ejemplo, los padres no podrán imponer a su hijo menor una operación riesgosa e innecesaria, o a la inversa, impedir un tratamiento, operación, transfusión, etc., que sea indispensable para salvarle la vida.

La ley 21.541 de trasplantes autoriza a menores de 18 años a disponer de la ablación de un órgano de su cuerpo para ser implantado en otro, por propia voluntad, sin que se requiera la autorización del representante legal o tutor. El consentimiento escrito se solicita en el caso de operaciones mutilantes y en el caso de ablaciones para trasplante por decisión libre del dador y el receptor. En algunos casos el paciente lúcido puede negarse a consentir un tratamiento, configurando una forma de suicidio. Aquí se acepta jurídicamente la intervención del médico contra la voluntad del paciente, pero se plantea sin duda un conflicto de derechos, porque la voluntad del paciente es considerada primordial, verdadero "árbitro único e irremplazable de la situación". La doctrina afirma que "sobre el derecho a la libertad del paciente adquiere mayor trascendencia la tutela del derecho a la vida o a la salud... que resultarán resguardados por la intervención del médico"¹⁸⁶.

Una operación practicada contra la voluntad del paciente, en especial si es mutilante, podría considerarse comprendida en el delito de lesiones, y al cirujano se le presenta en estas ocasiones la disyuntiva de actuar o de respetar la negativa del paciente, que prefiere correr el riesgo. Sin embargo Jiménez de Asúa¹⁸⁹ considera que "si bien se encuentran reunidos los elementos típicos integrantes del específico delito de lesiones, no lo están los elementos generales que deben concurrir en toda infracción criminal... que se ven destruidas por el reconocimiento que el estado, en sus diferentes actividades, hace de la licitud de las intervenciones curativas y estéticas o por la justificación que se desprende de obrar en estado de necesidad para evitar un mal mayor".

El individuo jurídicamente no puede disponer de su cuerpo como si fuera un objeto, ni destruirlo bajo el amparo de la libertad para sí mismo. En situaciones de urgencia, grave peligro, embriaguez, depresión, suicidio, anorexia, etc., la voluntad del enfermo que no quiere ser tratado no exime al ci-

rujano de responsabilidad si se decide por una abstención que determine agravación o daño. Por otro lado una situación límite jurídicamente puede ser defendida en el terreno ético²⁴.

Al respecto, un análisis de 18 casos de testigos de Jehovah que rechazaron transfusiones¹⁹⁸ revela en Francia que los cirujanos actuaron con gran diversidad de criterios: convencimiento a los familiares, transfusión clandestina sin consentimiento, denuncia al juez, hemodilución extrema, evacuación de los pacientes en situación gravísima sin transfundirlos; 4 casos de transfusión clandestina durante la anestesia fueron reprendidos por la ley francesa. Se trata de un conflicto difícil, porque enfrenta la convicción religiosa del paciente y su libertad de elección, con la obligación que tiene el cirujano de salvarle la vida en una emergencia.

En la encuesta de este trabajo, los cirujanos argentinos han rechazado el abandono del paciente, y han preferido en estos casos comprometerse en alguna forma para lograr la administración de la sangre (Pregunta N° 6):

Pregunta N° 6

Un paciente se niega, por razones religiosas, a que se le administre sangre en una operación donde será indispensable la transfusión. ¿Qué debe hacerse?

	%
Rechazar el caso y derivarlo	28,5
Obtener el consentimiento de la familia y hacer la transfusión sin que el paciente lo sepa	50,7
Hacer la transfusión secretamente sin conocimiento del paciente y familia	14,8
Operar sin transfusión y dejar al paciente librado a su suerte	6

Existen antecedentes jurídicos y sentencias en nuestro país que justifican la intervención del médico o disponen la transfusión, en contra de la voluntad de los testigos de Jehovah⁹¹. Se argumenta que, si la transfusión es un mal para el enfermo, se trata de un mal menor con respecto a la pérdida de la vida, y no es punible el que causa un daño para evitar otro mayor. La abstinencia del médico en estos casos posiblemente lo haría responsable del delito de omisión, abandono de personas, lesiones u homicidio.

INVESTIGACIÓN CON PACIENTES EN CIRUGÍA

En la investigación científica no existe certeza absoluta; el conocimiento científico siempre es con-

jetural. Para algunos autores⁸⁸⁻⁹⁸ la relación médico-paciente tiene trascendencia especial en el ámbito de la investigación médica. El manejo de un tratamiento novedoso o de una operación en etapa de ensayo será aceptado por el paciente si su relación con el médico está fundada en confianza y en responsabilidad. La autocrítica modesta y sincera del médico es la mejor forma de evitar nuevos errores; la crítica de los otros médicos debe ser educativa, y alejarse de toda finalidad punitiva o denigratoria.

El problema de la investigación con pacientes se debate en la disyuntiva entre la libertad de investigar sin restricciones y la protección inviolable del individuo. El enfermo tiene todo el derecho a participar o rechazar su inclusión en una investigación. Para ello debe ser consultado y su decisión respetada. Se le informará con lenguaje comprensible sobre las características del proyecto, los riesgos y molestias que pueda sufrir. El dictamen del juez Schoeder⁷⁸ afirmó que: "Cada ser humano es dueño de su propio cuerpo, y está en su derecho si expresamente prohíbe la realización de una cirugía salvadora o de otro tratamiento. El médico puede sugerir que una operación o tratamiento es deseable o necesario, pero no puede sustituir con su juicio el deseo expresado por el paciente, usando procedimientos de artificio o de excepción".

Las operaciones nuevas se introducen con riesgos indudables y factores que superan en inseguridad a las pruebas de nuevos medicamentos. Los fármacos pueden ser evaluados previamente por largos estudios experimentales, se conoce bien su composición, la toxicidad, y en su empleo no participa la habilidad manual o la destreza técnica como en la cirugía. Cuando se comparan en forma aleatoria nuevas operaciones con antiguas ya consagradas, o métodos combinados de cirugía, radio y quimioterapia con operaciones de resultado bien conocido, es fundamental contar con el consentimiento informado de los pacientes y reunir los requisitos de las llamadas pruebas quirúrgicas aleatorias, de acuerdo a las siguientes conductas²³: "Una operación no debe valorarse en pruebas aleatorias antes que haya pasado el cruce del asentamiento. La técnica debe perfeccionarse, las cifras de morbilidad y mortalidad habrán de estabilizarse, y los cirujanos que participan con habilidad comparable, deben sentirse igualmente cómodos con todas las operaciones que se asignan o dedicarse a efectuar únicamente los procedimientos en los cuales son más aptos".

La adopción de tratamientos en experimentación debe ser restringida a casos en que los tratamien-

tos probados no ofrezcan eficacia. En tal sentido dice Tobías¹⁸⁷ que "el progreso de la medicina requiere cierta dosis de audacia. En esa evolución siempre llega el momento en que, luego de las experiencias del laboratorio, se debe aplicar al hombre el nuevo tratamiento, en donde siempre son posibles las sorpresas. Pero ello no puede llevar al eventual sacrificio del paciente en nombre de la ciencia. Todo dependerá de las circunstancias concretas; si el método permite confiar en una razonable esperanza de cura, y media el consentimiento del paciente, el acto será inimputable".

Hay autores que se oponen a una crítica o a un control de la investigación clínica, porque sostienen que limitarla significa circunscribirla en una regulación burocrática contraria al progreso. En un estudio realizado en Estados Unidos sobre investigación clínica no terapéutica⁶⁰, no hubo muertes en 93.000 pacientes utilizados; pero hubo 43 muertes (0,1%) en 39.000 pacientes utilizados en investigación terapéutica, es decir cuando se probaron métodos nuevos considerados beneficiosos como tratamiento. Para comparar, en Estados Unidos se practican 1.000.000 de amigdalectomías por año con una mortalidad de 300 niños por año aproximadamente. Este sencillo procedimiento tiene pues mayor mortalidad que la investigación clínica no terapéutica. También se ha visto que el abuso de la cirugía innecesaria lleva a mayor mortalidad que la provocada por la investigación.

Por lo tanto en la investigación clínica existe la restricción del riesgo, o bien el riesgo de la restricción. Sin duda la sociedad debe protegerse y controlar, pero es poco probable que este control sea mejor en manos de abogados o filósofos. El consentimiento informado del paciente es un método obligatorio para todo proyecto de investigación, pero a veces la prueba aleatoria exige al paciente una elección no racional del tratamiento, por falta de información o de conocimientos. Es una elección al azar, porque no se sabe cuál es el mejor procedimiento entre todos los que se prueban, como ocurre con protocolos novedosos en cirugía del cáncer. Cuando todos los procedimientos son de eficacia desconocida, el azar es por cierto éticamente aceptable, y aquí debe hablarse de "consentimiento" y no de "informado", porque no hay posibilidad de información⁷².

Tal vez el interrogante ético fundamental en investigación con pacientes sea: ¿cuál es el propósito y el objetivo del proyecto?⁶⁰⁻¹³⁷. El interés del paciente prevalece sobre el interés de la ciencia y de la sociedad. El riesgo debe ser bien evaluado. Los voluntarios suelen tener motivaciones altruistas o científicas, como en el caso de estudiantes y de

médicos autores de la investigación, pero muchas veces de necesidad por un beneficio financiero. Por eso se ha recomendado que el pago en tales casos no sea excesivo, para evitar los peligros de una verdadera dependencia económica³². Es importante establecer pagos razonables que sean adecuados a las molestias, a los riesgos, al dolor (punciones venosas, sondajes), y a la duración de la investigación.

Es verdad que el investigador no puede ser responsable por consecuencias que no sospechaba o de las cuales no tenía conocimiento. Pero tampoco puede cometer ligereza o imprudencia, alegando desconocimiento para descargar fácilmente la responsabilidad de los resultados. Es así que una investigación quirúrgica puede entrar en un terreno de peligro o transgresión. El cirujano científico no tiene derecho a justificarse por desconocimiento en una investigación perjudicial.

La administración de placebos y los estudios en doble ciego, excluyen la información al paciente, es decir que en estos casos hay consentimiento pero no informado. Este método requiere por lo tanto cuidados éticos extremos y un gran rigor en la prevención de daños.

La necesidad de reglamentar la investigación en seres humanos se inició con el código de Nüremberg en 1947¹⁹, donde se establecieron algunos principios básicos que luego fueron ampliados en la Declaración de Helsinki de 1964⁵⁴. Allí se detallaron las normas que afianzan la libertad y la seguridad de los individuos sometidos a ensayos clínicos y a experimentación quirúrgica, la información al paciente sobre la naturaleza del riesgo, el consentimiento libre del paciente y su posibilidad de retirarse del experimento en cualquier momento. En la Declaración o Enmienda de Tokio de 1975⁵⁵ se recomendó la creación de comités de ética para revisar los protocolos de investigación, que deben ser rechazados para su publicación por parte de las revistas médicas, si no fueron previamente aprobados en dichos comités.

El Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas convocó en 1978 a una conferencia sobre "Experimentación médica y protección de los derechos humanos"⁴⁹, donde los delegados de 53 países y de 46 organizaciones establecieron que en ningún caso los protocolos de investigación pueden quedar librados para su desarrollo, al juicio o decisión de los propios investigadores interesados. En 1981 nuevamente este Consejo aprobó otras normas⁷⁰ donde se incluyen las medidas para protección de las personas en que se practican in-

vestigaciones, y los casos en que no deben realizarse experimentos no terapéuticos, como mujeres embarazadas o lactantes.

Las "Normas éticas para la realización de planes de investigación clínica"¹⁶³ publicadas por la Dirección del Hospital de Clínicas de Buenos Aires en 1985, establecen con claridad los requerimientos éticos para el desarrollo de programas y la participación de los voluntarios. Otros autores⁸²⁻⁸³⁻⁸⁴ coinciden en que el consentimiento informado debe incluir:

- Una explicación sincera de los procedimientos, características y propósitos de la investigación.
- Una descripción de las molestias y riesgos que razonablemente pueden esperarse.
- Los beneficios que pueden obtenerse.
- Una descripción de otros procedimientos alternativos que también pueden ser ventajosos para el paciente.
- La posibilidad abierta de hacer preguntas.
- El alcance de la privacidad de los archivos, y el secreto vinculado al paciente.
- La posibilidad de participar en forma discontinua o de retirarse en cualquier momento del proyecto, sin que ésto signifique perder el beneficio de otros tratamientos adecuados.
- Alguna medida de protección o especie de seguro contra los errores y perjuicios que puedan producirse al voluntario.

Cuando se publica un trabajo científico en cuyo desarrollo fue necesario el consentimiento informado de pacientes, conviene que los autores describan el proceso y los detalles, porque con ello promueven la educación ética en otros investigadores jóvenes.

Existen formularios aún más rigurosos y completos para el consentimiento informado; por ejemplo el Massachusetts General Hospital, además de los parámetros mencionados, incluye con todo detalle¹¹⁵: pruebas aleatorias, uso de placebos, posibilidad de internación, remuneración a voluntarios, cantidad de sangre a extraer, confidencialidad. La firma del paciente y de los investigadores al final del formulario, suscribe también un compromiso donde el paciente puede retirarse del proyecto en cualquier momento, y seguir siendo atendido normalmente en el hospital. Otra publicación de la

misma institución¹¹⁴, insiste sobre los requisitos para utilizar jóvenes menores de 18 años, la privacidad, la necesidad de que varios investigadores formados controlen el rigor ético del proyecto y la no aceptación de prisioneros como sujetos de investigación.

Se ha argumentado⁴⁵ que los prisioneros pueden ser usados en experimentación médica porque no tienen personería como para otorgar libre consentimiento. Existen 3 elementos primordiales en el afianzado principio del consentimiento: la información, la competencia para discernir y la decisión voluntaria. La información puede ser incompleta o difícil de entender; la competencia es imposible en muchos casos (niños, dementes, moribundos). Muchos experimentos deben practicarse en tales personas y allí existe el problema ético para su utilización. El consentimiento voluntario es a veces inducido por presiones emocionales o manipulaciones que obligan a una decisión, con lo cual deja de ser voluntario.

Por eso no es aceptable el uso de prisioneros o de enfermos mentales y el empleo de niños debe estar sujeto a condiciones impecablemente claras⁷⁸. El carácter autoritario de toda prisión hace imposible el consentimiento libre de los prisioneros. Existe sin duda un ámbito coercitivo que llevaría a un falso consentimiento voluntario. Además el cuerpo del prisionero pertenece ya a la custodia del estado, que debe garantizar la seguridad de su encarcelamiento. Por otro lado la pobreza de los prisioneros derivaría en un sometimiento contra el pago de dinero o beneficio. Su condición precaria es un factor que puede llevar a la inmoralidad. Por todas estas razones la experimentación con prisioneros es casi imposible desde un criterio ético, y excepcionalmente puede ser aceptada bajo controles muy rigurosos y supervisión de terceros no interesados¹⁸⁰.

También la investigación con estudiantes, que se observa con frecuencia en las escuelas de medicina, merece cuidados rigurosos por su situación de dependencia. El Código de Nüremberg insiste en que el consentimiento voluntario ofrecido para participar en un experimento debe ser otorgado en el libre ejercicio de decisión, "sin intervención de ningún elemento de fuerza, fraude o de otra forma ulterior de coerción"¹⁹.

Los cirujanos argentinos en la encuesta han opinado mayoritariamente en desacuerdo con la utilización de presos o soldados con fines científicos (Pregunta N° 7):

* La palabra "randomización" es un neologismo impuesto por el uso, pero no aceptado en la lengua española.

Pregunta N° 7

¿Pueden utilizarse a presos o soldados voluntarios para extraerles sangre con fines científicos a cambio de dinero o de libertad?

	%		%
Totalmente de acuerdo	18	}	2,3
De acuerdo			15,7
En desacuerdo	82	}	30
Totalmente en desacuerdo			52

PRUEBAS ALEATORIAS

En general los progresos quirúrgicos se basan en la aplicación de nuevas técnicas comparándolas con otras bien conocidas y consagradas. La cirugía oncológica ha demostrado que operaciones más limitadas y conservadoras pueden reemplazar a otras mutilantes, con los mismos beneficios. Pero esto significa que muchos pacientes han corrido el riesgo de perder la posibilidad de curación al recibir un tratamiento en etapa experimental⁶⁶. También aparecen dudas al aplicar un procedimiento quirúrgico nuevo en pacientes del grupo de control que reciben un placebo. ¿Es ética la "randomización" * en los protocolos quirúrgicos?^{53-116-131-21..}

En 1976 se inició en Inglaterra el Proyecto Nacional para Cáncer Mamario, para comparar la evolución en 3 series de enfermas tratadas con mastectomía, segmentectomía y radioterapia y segmentectomía sola¹⁸². El autor estudió los motivos por los cuales los principales cirujanos se negaron a participar en este proyecto cooperativo.

Respondieron un cuestionario 94 cirujanos con las siguientes razones y porcentajes:

- Al "randomizar" se lesiona la relación médico-paciente (73%).
- Hubo dificultades para obtener el consentimiento informado (38%).
- Hubo divergencias en la discusión sobre la evolución incierta (22%).
- Se estableció un conflicto entre el papel del científico y del médico práctico (18%).
- Existen dificultades prácticas para el seguimiento (9%).
- Habría una herida de conciencia si se encontrara que los tratamientos tienen desigual eficacia (8%).

En nuestra encuesta el 76,8% de los cirujanos decide efectuar pruebas de azar solamente con voluntarios (Pregunta N° 8):

Pregunta N° 8

Para ensayar un nuevo tratamiento quirúrgico alternativo en cáncer, es necesario randomizar a los pacientes, ¿qué conducta elige?	%
Se niega a randomizar	9,6
Randomiza sin explicar el proyecto a los pacientes	13,6
Randomiza sólo con voluntarios que acepten correr el riesgo	76,8

Sin duda en este problema no pueden existir normas esquemáticas, y la decisión depende del vínculo con el paciente y de la conciencia del cirujano.

CIRUGÍA EXPERIMENTAL CON ANIMALES

La investigación quirúrgica con animales ha dado origen a preocupaciones éticas estimulando largas discusiones entre los partidarios y los enemigos de la vivisección. Se critica a los antiviviseccionistas cierto sentimentalismo exagerado y la ignorancia sobre los verdaderos métodos de la investigación con animales. También se defiende el supremo propósito de la ciencia, la jerarquía moral de los cirujanos que buscan soluciones a problemas no resueltos, las condiciones humanitarias en que se realizan los experimentos evitando el dolor o el sufrimiento de los animales. El fondo del problema reside en un interrogante filosófico que ya preocupó a Aristóteles¹⁴⁰, referido al eventual poder y superioridad del hombre sobre los otros seres de la naturaleza. Ese privilegio del ser humano, implica justamente una obligación de respeto por la vida de los animales, que no deben ser excluidos del dominio moral y que sufren dolor o miedo en forma semejante a los seres humanos¹⁹⁷.

La aparición del hombre sobre la tierra, que muchos filósofos modernos consideran como catástrofe de la naturaleza, debe regresar hacia una búsqueda del equilibrio biológico y a una preservación respetuosa de la vida animal. En diversas legislaciones extranjeras⁷⁴ se ha indicado la protección de los animales en tareas experimentales, la ausencia de dolor o sufrimientos en cautiverio, la justificación de los ensayos sin exceder su número. También se ha propuesto evitar el sacrificio de especies raras o en vías de extinción.

En Alemania desde 1987, una nueva ley de protección a los animales considera especialmente el tema de la cirugía experimental⁵⁹. Entre 7 y 10 millones de animales mueren en Alemania cada año por trabajos de investigación. En 1984 fueron sacrificados 2.200.000 ratas, 57.000 conejos, 8.200 perros y 600 monos. La nueva ley exige un permiso especial para los experimentos con animales y en un 30% estos permisos son obligatorios. El otro 70% investiga bajo control, y se trata de proyectos donde no se sacrifica a los animales. También la ley prohíbe experimentos destinados al desarrollo de armas, a la publicidad del tabaco o de sustancias de limpieza. Toda institución que trabaja con animales debe estar supervisada por la Sociedad Protectora y por las Comisiones de Ética que emiten opinión. Se han promovido los estudios *in vitro* especialmente para cultivo de tumores y trabajos sobre cáncer. El premio anual 1986 del Ministerio de Salud lo recibieron 2 veterinarios de Gießen que demostraron la utilidad de cultivos de tumores para determinar estadios precoces de carcinogenicidad, sin necesidad de utilizar animales. El Profesor Niels Lüpke obtuvo en 1984 el Premio Nacional de Investigación, por encontrar un método en la membrana del embrión de pollo, que reemplaza a la conjuntiva del conejo en múltiples "tests"⁵⁹.

Todos estos datos revelan el cuidadoso interés que merece la utilización de animales en tareas experimentales.

El Consejo de la Sociedad Americana de Fisiología publicó recomendaciones para el empleo con bases éticas, de animales de experimentación¹⁰. Entre otras cosas aconseja:

- Que se usen animales adquiridos legalmente.
- Que en el cautiverio se los trate con consideración y confort.
- Que se les aplique anestésicos adecuados para anular el dolor y la sensibilidad durante las operaciones.
- Que no se usen relajantes musculares sin anestesia o analgesia.
- Que exista siempre la supervisión de un investigador formado, especialmente cuando los que trabajan son estudiantes.

La Sociedad también destaca que todos los trabajos que se difundan en sus revistas deben estar sujetos a los principios enunciados, y que los editores deben rechazar los escritos donde no exista evidencia de adhesión a tales principios.

CAPITULO III

IDENTIDAD Y PERTENENCIA

Los trasplantes de órganos ofrecen un buen ejemplo de que los problemas éticos pueden esclarecerse y llegar a soluciones aceptadas sin dificultad. En los primeros tiempos, hace unos 25 años, los trasplantes provocaban muchas objeciones morales y jurídicas, dudas, prejuicios, miedo a lo nuevo, y enfoques religiosos reticentes o contradictorios. Ahora el tiempo ha logrado afirmar esta técnica sobre la base de principios éticos claros y universales. Existen ya definiciones precisas sobre el momento de la muerte y la indicación de la ablación en el dador, sobre el manejo de los dadores vivos y su relación con el receptor, sobre la selección frente a la demanda de candidatos receptores y sobre los costos, beneficios y calidad de vida del que recibe un trasplante¹⁰³⁻¹⁴⁹⁻¹⁵⁴⁻¹⁸⁴⁻²⁰².

Mucho ha facilitado las cosas el consentimiento explícito del donante en vida, y en cambio está en discusión la posibilidad de extraer órganos del muerto sin donación o consentimiento previo en vida, porque esto significaría una mutilación del cuerpo, que es propiedad del fallecido, o para algunas religiones, es propiedad de Dios. En general se acepta que esta violación a la integridad del muerto es un mal menor en relación al beneficio que produce en otro individuo salvando su vida⁶². La ética debe decidir en cada caso entre el bien de la sociedad a través de un paciente restablecido o el respeto por la integridad del muerto.

También los trasplantes han dado origen a especulaciones filosóficas sobre la identidad, y han logrado llevar a cabo las fantasías mitológicas de los seres quiméricos convirtiéndolas en verdaderas quimeras biológicas. Los problemas jurídicos vinculados con la cesión de órganos y los derechos sobre el cuerpo vivo o muerto, enfrentan la idea de que el cuerpo humano es un elemento inviolable, del cual no se puede disponer como de una propiedad material o física. La idea del cuerpo como máquina en movimiento o quieta tiene su origen en la filosofía cartesiana y su ampliación hacia una idea de conjunto fisicoquímico de fenómenos, corresponde a la medicina materialista del siglo pa-

sado¹⁰⁶. En nuestro tiempo se ha incorporado una interpretación que considera al organismo como conjunto psicosomático, y donde la subjetividad está jerarquizada en el mismo nivel de valoración que el de los hechos objetivos y mecánicos.

La pertenencia del cuerpo difiere en interpretaciones religiosas y esto significa que el axiograma del paciente adquiere matices muy personales según su creencia e ideología. El criterio católico ha sido expuesto por el Papa Pío XII⁹², cuando expresó que "el médico no tiene más derecho a intervenir que el que el paciente le concede. El paciente por su parte, no tiene derecho a disponer de su existencia, de la integridad de su organismo, de los órganos particulares y de su capacidad de funcionamiento, más que en la medida en que el bien total del organismo lo exija". Al referirse a operaciones mutilantes considera lícita la extirpación sólo cuando "la conservación o el funcionamiento de un órgano particular en el conjunto del organismo provoca en éste un daño serio o constituye una amenaza; cuando este daño no puede ser evitado, más que por la mutilación en cuestión; cuando se pueda razonablemente dar por descontado que el efecto negativo, es decir la mutilación y sus consecuencias, será compensado por el efecto positivo: supresión de daños para el organismo entero, mitigación de los dolores, etc."

Existen otros enfoques religiosos que prohíben toda acción quirúrgica, científica o terapéutica, que interfiera en los procesos naturales rectores de la vida. Prohíben por ejemplo la cirugía o las transfusiones, porque violan los designios de Dios, único que puede disponer sobre los destinos de la existencia²². En el judaísmo primitivo posiblemente existió un criterio semejante, y por ello más tarde, para neutralizar estas ideas, en el Talmud aparece una autorización especial para que los médicos practiquen curaciones, y la Torá otorga al médico permiso para tratar heridas. El judaísmo acepta la acción médica mientras sea para provocar el bien del paciente, como imitación de la bondad divina que rige la naturaleza. El cristianismo de Teilhard de Chardin¹⁸³ coincide con estos principios cuando dice que "nuestra nobleza consiste en estar al

servicio del trabajo que se produce en el universo".

En la religión judía se considera que el cuerpo pertenece a Dios, y por lo tanto existe para cada ser humano la obligación de cuidarlo, de preservarlo, de vivir solamente donde hay atención médica, de evitar dañarlo¹⁵³. El Antiguo Testamento tiene numerosas alusiones a la obligación de curar, incluso el agresor a su víctima y el Deuteronomio indica al agresor: "le devolverás la propiedad perdida"⁵⁸. Se reconoce el valor de los cuidados médicos como una obligación religiosa, y si el médico no cumple sus servicios, es considerado como "derramar sangre". Según este criterio de que el cuerpo pertenece a Dios, existe la prohibición a las personas de mutilar su propio cuerpo, y por lo tanto no se aceptan las esterilizaciones, vasectomías, ligaduras de trompas y el aborto. El judaísmo rechaza todo intento de unificar las vidas y en cambio acepta la diversidad e individualidad. Aprueba las cirugías severas sólo si ayudan a recuperar la integridad del paciente, si ayudan a "emerger a la verdadera identidad de una persona"²².

Todos estos enfoques tienen que ver con los planteos éticos de la donación de órganos, de sangre, las mutilaciones y la cirugía ablativa. La extracción de un riñón sano a un dador voluntario significa sin duda una mutilación peligrosa y un riesgo para su futuro. Esta operación no trae ningún beneficio al dador, pero éticamente es aceptable tomando en cuenta cierto derecho de disponibilidad que tiene el ser humano sobre su cuerpo¹⁰¹. Esta disponibilidad debe ser espontánea, sin influencias o presiones sobre la decisión personal del dador, basada solamente en su generosidad. No puede haber retribución de ningún tipo ni transacción comercial. La ley 21.541 de trasplantes¹⁶⁰⁻²⁰⁷ prohíbe la comercialización de órganos y tejidos, y sanciona con prisión de hasta 5 años al que efectuara o prometiera pagos o compensaciones de cualquier tipo para el dador o para terceros, y a quien reciba cualquiera de estos beneficios o recompensas por donación de órganos y tejidos. El Art. 11 de la ley establece que debe informarse con claridad a los pacientes y donantes sobre los detalles de las operaciones, sus complicaciones y secuelas posibles, permitiendo la libre decisión y voluntad de cada uno. La situación puede ser delicada cuando se plantea la opción entre el padre y la madre, o cuando el dador es el hijo y el receptor uno de sus padres⁶³⁻¹⁹⁴.

También establece la ley que los médicos que atendieron al donante fallecido y los que certificaron su muerte, no pueden ser los mismos que

realicen el trasplante, para evitar superposición de intereses. El dador o sus herederos no deben afrontar gastos derivados de la operación.

Un grave problema en discusión es el de los anencefálicos nacidos vivos, que son considerados por algunos como donantes potenciales de verdaderos bancos de órganos¹⁵⁸. La ausencia de cerebro es equivalente a la muerte cerebral total, no sólo cortical, y los anencefálicos serían por lo tanto donantes ideales. La duda reside en su condición de seres vivos o muertos, según el criterio de la muerte cerebral y en la posibilidad de someterlos a ablaciones cuando aún tienen función cardiocirculatoria, reflejos y motilidad. En Suecia se ha llegado al aborto oficializado sacrificando la vida del embrión, y a utilizar luego sus tejidos cerebrales frescos para la experimentación en animales¹⁷⁹. Los Dres. Brundin y Seiger de la Universidad de Lund implantaron en ratas tejidos de embriones humanos de nueve semanas o menos para estudiar el mal de Parkinson.

Estos problemas de identidad y pertenencia de órganos están vinculados con el tema de la transfusión sanguínea. La Sociedad Internacional de Transfusión Sanguínea aprobó en 1978 y ratificó en 1980 el "Código de ética para donación y transfusión de sangre"¹⁷⁷, con el objeto de "definir los principios y reglas que ... deben formar parte de la legislación y reglamentos nacionales". Fácil es advertir que muchas de sus normas no se cumplen habitualmente en la práctica médica. Por ejemplo el Art. 1º dice: "la donación de sangre será voluntaria; no se ejercerá ninguna clase de presión sobre el donante". Muchas instituciones hospitalarias exigen como condición para la internación de pacientes el aporte de donantes; otras veces se ejercen presiones, condicionadas sin duda por la necesidad, para obtener sangre. También el Código declara que "la utilidad financiera no debe ser nunca un motivo para el donante ni para las personas responsables de recibir la donación". De acuerdo a este principio no sería lícito ofrecer dinero a un menesteroso, licencia a los soldados, libertad a los presos, contra la extracción de sangre. Si así fuera, ocurriría que un preso con buenas condiciones físicas, al donar sangre obtendría una libertad transitoria, y este premio que nada tiene que ver con el delito, no beneficiaría a otro preso enfermo o disminuido que no está en condiciones de donar sangre.

El Art. 4º dice que "es preciso respetar el anonimato entre el donante y el receptor, excepto en casos especiales". Muchas veces la falta de este anonimato genera situaciones de dependencia, culpa y sometimiento psicológico entre el donante y

el receptor beneficiado. La donación de sangre, al igual que la de órganos, no debe implicar discriminación de ninguna clase, ni significar una motivación financiera del médico que la indica o del hospital donde se realiza.

Es importante recordar que los materiales de estudios clínicos, elementos de biopsias, radiografías y análisis, pertenecen a los pacientes y no a los médicos o instituciones. Con el consentimiento del paciente, el médico o el hospital podrán guardar o archivar esos elementos, pero jamás retacear su entrega. No es ético que los enfermos deban repetir análisis, punciones y hasta biopsias, cuando cambian de médico o de hospital, o cuando se trasladan geográficamente de un lugar a otro. Al respecto los cirujanos argentinos han contestado en la encuesta de la siguiente manera (Pregunta N° 9):

Pregunta N° 9

Los portos o los tacos de una biopsia ¿a quién pertenecen?

	%
Al patólogo que informó	16,1
Al cirujano que operó	4,2
Al paciente operado	55,8
A la institución (hospital, centro médico) donde se atendió	23,9

También el informe de la autopsia corresponde legítimamente a los familiares que lo solicitan y lo correcto es que el mismo cirujano responsable se ocupe de explicarlo en forma adecuada. El 59,2% de los cirujanos argentinos ha coincidido con esta conducta (Pregunta N° 10):

Pregunta N° 10

Si los familiares de un paciente suyo fallecido, le piden el informe de la autopsia, ¿qué actitud corresponde?

	%
Que lo entregue el patólogo	17,2
Que un médico de confianza de la familia venga a recibir el informe	18,3
Entregar usted el informe a los familiares	59,2
Explicar a los familiares que no corresponde entregarles el informe	5,3

En relación con la identidad, las operaciones de cambio de sexo con extirpación de genitales y técnicas plásticas, tienen indicaciones discutibles y re-

quieren una autorización del juez competente, según lo dispone la ley 17.132¹³⁶. Antes de promulgarse esta ley eran consideradas lícitas y se les reconocía finalidad terapéutica, si el paciente las solicitaba. Lothstein⁹⁴ refiere alrededor de 70% de éxitos en los cambios quirúrgicos de sexo, pero sugiere cautela para interpretarlos, porque el seguimiento a largo plazo revela que, luego de un beneficio primario, muchos pacientes se convierten en transexuales secundarios y requieren psicoterapia. Por lo tanto la cirugía del cambio sexual debe tomarse en cuenta sólo como última posibilidad para un muy selecto grupo de pacientes. Cuanto más se va conociendo el mecanismo patológico de los transexuales, más se abandona la cirugía como tratamiento y seguramente en el futuro quedará reducida a situaciones excepcionales.

En cirugía de cara y cuello los problemas éticos tienen especial magnitud como consecuencia del desarrollo técnico y de las mutilaciones en esta zona corporal tan expuesta y tan comprometida con aspectos estéticos y funcionales⁴⁸. En esta especialidad el "derecho humano y civil básico" del paciente aparece con dramatismo, junto con la enfermedad que pone en peligro la vida y que requiere una cirugía muy agresiva.

LA MUERTE EN CIRUGÍA

Frente al enfermo grave o terminal los problemas éticos del cirujano se definen como un equilibrio entre "lo que debe hacerse en una situación grave y lo que no debe darse"¹⁷¹. La posibilidad de contar con procedimientos de salvataje no significa que deba mantenerse siempre la vida a toda costa. La muerte ocurre como un elemento más en la relación del médico con el enfermo, y los avances técnicos para prolongar la vida han provocado paradójicamente nuevos dilemas éticos y dificultades en la comprensión y en la definición de la muerte. La reanimación y el mantenimiento artificial de la vida crean una nueva imagen de la muerte, más confusa que la tradicional situación del enfermo moribundo en su lecho, rodeado de familiares y asistido por el médico hasta el momento final.

Este mantenimiento artificial de la vida constituye una nueva terapéutica destinada específicamente a postergar o reemplazar la muerte, olvidando muchas veces la enfermedad original. El problema ético aparece cuando el cirujano debe decidir sobre la prolongación artificial de la vida con máquinas y preparados que no garantizan un resucitamiento²⁰⁻¹¹⁰⁻¹³⁵. El enfermo es un "muerto viviente", y el médico debe decidir sobre el momen-

to de desconectar los aparatos, y a veces disponer sobre quién debe morir.

El momento de la muerte no es fácil de determinar en muchos casos; el problema se ha planteado sobre todo en el caso de la extracción de órganos para trasplantes. Las leyes han reglamentado tanto esta certificación de la muerte en el caso de los dadores cadavéricos, que resulta casi imposible practicar un trasplante con un órgano viable, de acuerdo a los requisitos que se exigen.

El paciente tiene derecho a morir en forma humanitaria en el seno de su familia, y a su vez la familia tiene derecho a expresar si desea o no un tratamiento intensivo o excesivo para el paciente, que no puede opinar¹⁷. Mazzei¹¹⁸ piensa que: "Acerca de la obligación del médico de aplicar a todo trance una terapia hasta la extensión de la vida biológica para alargar una vida absurda desde el punto de vista humano, no puede hablarse de omisión contraria al deber; es un alargamiento forzado en base a medios técnicos, pero absurdos desde el punto de vista humano". Los esfuerzos para predecir una muerte cerebral o definir los estados terminales, muchas veces resultan infructuosos o fracasan. La necesidad de suspender tratamientos para respetar la autonomía del paciente y la muerte con dignidad, puede enfrentarse con situaciones confusas donde la toma de decisiones resulta difícil. Se han publicado casos⁷⁶ de pacientes graves que pidieron la suspensión de tratamientos, pero cuyo estudio psicológico reveló ambivalencia, estado de depresión endógena con signos vegetativos, falta de información adecuada, diferencia de criterios y de percepción con los de su familia, ideas suicidas subyacentes determinadas por causas ajenas a la enfermedad, etc. Por lo tanto, el concepto de que nadie está más interesado en la recuperación del paciente que el paciente mismo, resulta algo ingenuo y relativo. Al respecto dice Baliña¹⁵: "Debemos conseguir que el dolor, la vejez, la enfermedad y la muerte, sean respetados como etapas del crecimiento espiritual para el que lo sufre, para su familia y para la comunidad... La elección final de un tratamiento le corresponde al paciente, así como decidir por sí, o a través de su familia, cuáles son los medios proporcionados o desproporcionados en su caso y si quiere permanecer en su casa o en el hospital. El dolor más intenso es la sensación de morir en soledad".

El encarnizamiento terapéutico aparece como conflicto ético cuando el cirujano utiliza todos los medios a su alcance y un exceso de técnicas posibles, en una actitud desesperada que lleva a una desmesura terapéutica. Es necesario respe-

tar la muerte. La cirugía, única violencia aceptable en medicina, no debe convertirse en un arte de matar. Esta terapéutica excesiva con operaciones o maniobras prescindibles, es peor que la enfermedad misma, y produce una muerte por encarnizamiento peor que la muerte natural del proceso biológico. Una formulación de Heisenberg²¹⁴ decía que: "el médico debe mantener y prolongar la vida tanto como sea posible. Pero no debe en ningún caso prolongar la muerte de un paciente". Por supuesto que en estas situaciones el aspecto económico no debe considerarse. Pero los costos de una terapia intensiva moderna pueden ser tan enormes que una familia, seguro médico o sanatorio, a menudo no pueden soportarlos. Al médico sólo interesa el aspecto humano, y debe preguntarse si es apropiado mantener una vida a todo precio, cuando ya para el enfermo no resulta más soportable¹⁸⁻⁹³⁻¹⁹³. Tal vez la solución es determinar el momento en que comienza la muerte como proceso en el tiempo, no como una separación tajante de la vida. En ese proceso lento de la muerte, la responsabilidad del cirujano regulará adecuadamente las medidas terapéuticas evitando el encarnizamiento.

Aquí se llega al problema de la eutanasia, que significa "buena muerte", pero que en medicina es una decisión deliberada de muerte o la eliminación de una persona viva¹¹⁸.

El médico debe aliviar los sufrimientos y dignificar la agonía, pero no tiene derecho a decidir la muerte del prójimo. No son justificables los argumentos que pretenden legalizar la eutanasia: deformidades infantiles, enfermedades incurables, graves alteraciones o patologías múltiples.

Las medidas de eutanasia activa facilitan o provocan la muerte y si bien pueden estar dirigidas a evitar sufrimientos de agonías sin esperanza, su fundamento consiste en anticipar la muerte en forma provocada, y esto se contrapone con la misión del médico. La eutanasia pasiva en cambio consiste en renunciar a la prolongación inútil de la vida mediante procedimientos artificiales, en una agonía sin posibilidad de recuperación. El médico no está obligado a prolongar la vida con medios técnicos en un paciente desahuciado y debe respetar la dignidad de su muerte. También el paciente tiene derecho a vivir su propia muerte, a rechazar medidas artificiales, a negarse a operaciones que no cambiarán el curso de su desenlace, a drogas o hidrataciones que alargarán su agonía. El cirujano no debe proponer operaciones sin posibilidad de mejoría o curación. Las reintervenciones o "second look" por curiosidad, para conocer

la situación de un organismo previamente tratado, son reprochables.

Antiguamente la eutanasia fue aceptada y la medicina hipocrática prohibía al médico que prestara asistencia a un suicida. La Sociedad para la Legislación de la Eutanasia Voluntaria fundada en Londres en 1935, proponía otorgar a todo individuo con enfermedad incurable o dolorosa, el derecho de terminar su vida voluntariamente con la ayuda de otros, previa consulta con su médico personal y otros expertos¹⁴⁷. Pero muchos argumentos se alzaron contra estas ideas, como la relatividad de las sensaciones del paciente, la dificultad para el médico obligado a actuar como experto, la amplia posibilidad de combatir el dolor sin recurrir a la muerte. Se ha discutido el límite de las indicaciones terapéuticas o quirúrgicas para no llegar a mantener una vida en estado de degradación. "El cirujano que practica mutilaciones de todo tipo ¿no se presta a la degradación de una vida que sin embargo desea mantener? El sentido de degradación se reserva a la personalidad humana y no solamente a los tejidos"¹⁴⁷.

En cirugía pueden darse varias modalidades diferentes de eutanasia¹³⁰:

- Aplicación de medidas quirúrgicas que alivian al moribundo sin acortar la duración de su vida. Esto es aceptable éticamente, porque se busca un beneficio, aun sabiendo que la curación es imposible.
- Aplicación de medidas que disminuyen los sufrimientos pero que acortan la vida. Esto puede ser considerado como homicidio, porque el médico no tiene derecho a acortar la vida con el pretexto de la búsqueda de alivio.
- Administración de una medida que provoque la muerte de un paciente incurable, para finalizar sus graves sufrimientos. Este hecho significa homicidio doloso, aun cuando el paciente pida o consienta su propia muerte.
- Abstención de tratamientos, para no prolongar la vida con sufrimientos graves en un paciente incurable. Si el paciente desea conservar la vida a pesar de tales sufrimientos, la omisión del médico significa homicidio. Si el paciente no lo desea o no puede pedirlo, surge un problema ético que la conciencia del médico debe resolver en cada caso. Será necesario buscar el justo equilibrio entre la obligación de conservar la vida y el respeto por un moribundo sufriente y sin esperanzas, para quien ya no tiene sentido un encarnizamiento que prolongue su agonía.

En un documento de 1980¹⁶⁶ la Santa Sede se ocupa de la eutanasia, definiéndola como "una acción o una omisión que por su naturaleza causa la muerte, con el fin de eliminar cualquier dolor". Y agrega que "nadie puede autorizar la muerte de un ser humano inocente, sea feto o embrión, niño o adulto, anciano, enfermo incurable o agonizante, ni pedir este gesto homicida para sí mismo o para otros, ni ninguna autoridad puede legítimamente imponerlo ni permitirlo".

La ley judía acepta la eutanasia pasiva en circunstancias especiales, porque se deja librado a la voluntad divina el momento de la muerte, en cambio condena como asesinato a la eutanasia activa, porque nadie tiene derecho a destruir el cuerpo que es de Dios⁵⁸. El judaísmo acepta curar parcialmente una patología cuando no se puede curar otra enfermedad de base. Por ejemplo, esto significa que debe operarse una apendicitis aguda en un paciente con síndrome de Dawn, o corregirle una cardiopatía congénita, con la cual se prolongará su vida.

La exagerada utilización de medios técnicos más allá de lo razonable, puede llevar al cirujano a verse tentado a practicar operaciones innecesarias en situaciones terminales o mutilaciones extensas que producen mayor daño que el de la propia enfermedad. El cirujano debe detenerse en el momento lógico y reconocer los límites de su ciencia. La tenacidad encarnizada para prolongar la vida puede parecer hasta heroica, pero lleva muchas veces a un puro interés por el triunfo de la medicina, olvidando la protección humanitaria y respetuosa que el paciente necesita¹⁰¹.

En los hospitales con funciones docentes se ha propuesto hace poco tiempo un sistema de control para las órdenes de resucitación y no resucitación, con criterio educativo¹²¹. En el Hospital Hennepin de la Universidad de Minnesota, se cumplen normas llamadas de policía, cuya aplicación es decidida en equipo médico, en las cuales se resuelve la no reanimación cuando se trata de pacientes "con extremos sufrimientos en estado terminal o crónico, o cuando el elevado costo no justifica los tratamientos por la escasa posibilidad de recuperación esperada". Sostienen que no debe confundirse la orden de no resucitación con la de abandono de un tratamiento activo. Esta decisión debe ser consultada con los familiares en caso de incompetencia del paciente, y debe documentarse por escrito. Las leyes norteamericanas no han aclarado algunos puntos vinculados con los derechos del paciente, del médico y de los familiares, en cuanto a la resucitación y mantenimiento de la vida. Hay acuerdo en que el paciente tiene derecho al

consentimiento sobre los tratamientos que le impongan, y a rechazar métodos de diagnóstico, terapéuticos y operaciones y también al médico tratante. Está definido que los derechos de los familiares son secundarios a los derechos del paciente lúcido, cuya decisión es válida en primer término; la opinión o voluntad de los familiares queda para segunda instancia. La inoportunidad de la reanimación aparece cuando se indican procedimientos complejos y caros que resultan inadecuados, porque nada puede esperarse de ellos y porque agudizan los sufrimientos de un paciente terminal. Por ejemplo operaciones mutilantes o de gran envergadura en cuadros irreversibles, diálisis en pacientes con cáncer diseminado intratable, apoyo respiratorio o circulatorio en situaciones finales⁶³.

Recientemente el mundo médico alemán se ha conmovido con la petición del Prof. Julius Hackethal de la Universidad de Berlín, de autorizarlo a colocar un narcótico mortal pedido por una enfermera joven con cuadriplejía por sección medular y dolores intensos. El juez le ha prohibido esta "ayuda al suicidio", y ya este médico tiene un juicio fallado en su contra por haber facilitado veneno a una paciente de cáncer terminal con graves dolores, que se suicidó¹⁷³.

LÍMITES DE RECURSOS ¿QUIÉN DEBE VIVIR?

En principio la ayuda del médico no reconoce límites. Sin embargo se ha visto que el desarrollo científico nunca es positivo en forma absoluta, sino que aparece como ambivalente. ¿Hasta qué punto la acción del médico significa ayuda, y dónde se transforma en daño para la sociedad? La pregunta tiene indicaciones por ejemplo para la manipulación genética, que permitiría la construcción de seres humanos con características predeterminadas. ¿Dónde hay que detenerse? Con dietas y métodos modernos pueden mantenerse vivos niños que nacen con defectos genéticos que son hereditarios (fenilcetonuria). Por lo tanto la enfermedad progresa aritméticamente en las generaciones siguientes, y así un hecho positivo de la ética médica, como es salvar la vida de enfermos deficientes, se convierte en un atentado contra la descendencia de la especie humana. Lo que médicamente pretende ser positivo, resulta eugenéticamente destructivo¹⁸⁵.

Es el mismo problema que plantea la cirugía cardíaca en los mogólicos, que logra para ellos una sobrevivencia prolongada, vegetativa y cara para la sociedad que los mantiene. Algunos argumentos se basan en el respeto a la creación de la naturaleza

y sostienen que no es lícito alterar esa armonía provocando el desarrollo de seres imperfectos, para luego detenerse a contemplar el daño provocado sin ofrecer ninguna solución al nuevo problema creado. Si se piensa que lo recomendable es la profilaxis del daño, puede caerse en el tema de la esterilización. Pero el ser humano no puede ser considerado como simple objeto ni manejado como una cosa. Numerosas metáforas como la leyenda de Prometeo o la Torre de Babel advierten sobre el peligro de alterar las características de la creación natural.

La prolongación artificial de la vida no se justifica si se utiliza una medicina altamente técnica y costosa, para mantener en función a órganos aislados, en un individuo definitivamente inconciente y en situación final. La obligación del médico es mantener la vida; pero se entiende que no se trata de una vida biológica sino de una vida "humana". También es inevitable que el hombre deba morir, y por lo tanto existe un derecho del hombre a su propia muerte. Se habla de "calidad de vida", pero corresponde hablar también de "calidad de muerte".

Puede ocurrir que el cirujano se encuentre obligado a atender en un momento dado a muchos pacientes agudos, como sucede en accidentes masivos o cataclismos. El mismo problema de limitación aparece cuando no hay recursos suficientes para la atención de varios enfermos en forma simultánea⁷⁵⁻⁸⁹. Se plantea en estos casos la necesidad de una selección que resulta difícil o angustiante. Balaña¹⁵ propone para estos casos las siguientes preguntas: "¿Quién está en mayor necesidad de tratamiento y quién va a beneficiarse más del tratamiento?". Ya el cirujano Larrey, que practicaba hasta 200 amputaciones por día en el campo de batalla napoleónico, aconsejaba: "Los que están peligrosamente heridos deben ser atendidos primero, sin considerar en absoluto su rango o distinciones" *cit.*¹⁵. Aquí se advierte un principio ético primordial, porque el médico en principio debe ofrecer su ayuda sin discriminaciones, sin juzgar los méritos de las vidas que tiene en sus manos. Ambroise Paré estuvo a punto de ser asesinado en la noche de San Bartolomé, porque se dedicó a curar a los heridos de ambos bandos sin distinción ideológica. Consideraba que el médico no debe elegir, ya que su obligación es mitigar el dolor y combatir la muerte sin criterios selectivos. El rey Carlos IX lo salvó de la matanza ocultándolo en su dormitorio⁹⁶.

Para el médico toda vida es igualmente importante y debe ser salvada. No caben las distincio-

nes entre vidas útiles o productivas e inútiles o carga, porque el derecho a la vida está por encima de la utilidad materialista. "Nunca puede admitirse que se salve la vida de un hombre porque es o puede ser útil, sino porque es hombre", ha dicho Mazzei¹¹⁸.

En Alemania el mantenimiento de 1.500 dializados crónicos cuesta anualmente un millón de marcos. Se discute si, frente a otras necesidades fundamentales, se justifica que la sociedad aporte ese sacrificio¹⁸⁵. Aquí aparece el problema de la decisión, de la elección, que convierte al médico en verdadero juez. ¿Qué se tiene en cuenta y a quién se elige entre varios candidatos para un riñón artificial, para un respirador, un trasplante, o una operación de urgencia? ¿Se considera la utilidad para la sociedad, las mejores posibilidades de vida, la importancia o el significado de esa vida, la posibilidad del hombre en el proceso de producción, su potencial biológico, su juventud?

La religión cristiana rechaza las diferencias de calidad entre los hombres al decir que "los últimos serán los primeros y los primeros serán los últimos". El argumento equivocado es considerar que, con el riñón artificial no condenamos a muchos a la muerte, sino que salvamos a algunos para la vida. Cuanto más teóricos y económicos son los criterios de selección, mayor será el error ético. Más aceptable que las normas para reglamentar tales decisiones es el permanente interrogante de la conciencia, es la herida abierta que no debe cerrar en el médico, la duda propia de su condición humana. Quien toma la decisión teniendo en cuenta solamente el potencial funcional o la importancia del paciente, usa criterios claros y tiene una conciencia peligrosamente tranquila. Quien en cambio sufre por la dificultad de la decisión, vive en conflicto pero está sano en su núcleo moral.

También la tradición rabínica judía dice que "ninguna sangre humana es más roja que la de otro ser humano" y aconseja no elegir, dejando que la naturaleza decida sobre quién debe vivir o morir⁵⁸. Pero el Talmud indica que primero una persona debe salvarse a sí misma, luego que el hombre precede a la mujer, y el ilustrado precede al ignorante, aun cuando el ignorante tenga mejor condición social y el ilustrado sea un bastardo. No toma en cuenta la edad ni los beneficios utilitarios que el individuo ofrece a la sociedad.

Al respecto, los cirujanos argentinos en la encuesta eligieron en un 50% a la madre joven de

4 hijos para ser salvada, no atribuyeron preferencia a un artista, y solamente decidieron sortear en un 13,3% (Pregunta N° 11):

Pregunta N° 11

¿A quién elige para salvar la vida con un único respirador disponible, entre estas víctimas de una catástrofe, que lo necesitan?

	%
Madre joven de 4 hijos	50
Conocido y eminente artista	0,9
Niño de 15 años	23,2
Operario padre de 4 hijos	9,6
Sortear	13,3

Algunos científicos han expresado criterios de selección de la vida humana basados en factores económicos o de beneficio social, ajenos al valor intrínseco de la vida sustentado en ideas morales y religiosas²². El biólogo y Premio Nobel Francis Crick propone por ejemplo, una selección genética de la especie humana que se aproxima a terribles teorías racistas ya probadas en la historia de nuestro siglo. "No podemos continuar mirando la vida humana como sagrada", expresa. "La idea de que toda vida humana tiene un alma y que esta vida debe ser salvada a toda costa, no puede ser ya aceptada. Debiera mejor decidirse, por ejemplo, si un bebé recién nacido es un miembro aceptable para la sociedad. También podría ser deseable definir a una persona como legalmente muerta cuando pasara los 80 u 85 años, y en ese caso le sería prohibido utilizar equipos médicos costosos en caso de enfermedad"⁵².

Estos argumentos utilitarios, tan opuestos a la ética hipocrática, protectora de la vida sin discriminaciones, revelan la diversidad de opiniones que hoy domina el panorama de la conciencia médica. Se ha dicho¹¹⁸ que "las normas éticas no son establecidas por el moralista ni surgen de hábiles silogismos; se obtienen de la vida inductiva de la experiencia, por caminos que permiten lograr una vida humana plena y fecunda. La existencia humana concreta constituye la mejor prueba de las decisiones morales y de las ideas en que estas decisiones se basan; la ética lleva en sí misma su propia confirmación".

La cirugía cardíaca en pacientes con retardo mental presenta por ejemplo controversias legales, económicas y éticas. Ya se advierten algunas opiniones que se refieren al control de costos y propician una legislación para tomar las decisiones clínicas⁶⁷. Por ejemplo: es aceptable usar los re-

cursos existentes para un reparo electivo de un defecto septal en un paciente asintomático, en lugar de usarlos en una emergencia de revascularización en un paciente sintomático con riesgo de infarto. Pero si el paciente asintomático es un retardado mental y el sintomático es un hombre joven que mantiene una familia, el problema se hace delicado. El ideal es que el cuidado de la salud de deficientes mentales no se vea comprometido, y que las decisiones para el manejo de esos pacientes estén basadas en juicios clínicos y no en prejuicios. Muchas veces se destina para el tratamiento de estas personas a médicos o enfermeras de bajo nivel y poca experiencia, lo cual no es éticamente adecuado.

La cirugía geriátrica plantea conflictos semejantes, porque en ella difícilmente puede hablarse de éxitos terapéuticos. Tampoco la noción de "calidad de vida" es adecuada². Los resultados de la cirugía geriátrica deben evaluarse críticamente teniendo en cuenta la expectativa de vida y la mortalidad propia de la patología senil. Muchos progresos médicos, y entre ellos los de la cirugía geriátrica, han creado problemas económicos y alteraciones demográficas. Pero la obligación del médico es promover los progresos sin considerar la presión económica que esto pueda representar. Si los economistas o los políticos opinan que estos costos son exagerados, ellos deben estudiar las soluciones en su área. Los médicos tienen el derecho de desechar esos argumentos económicos, que no se justifican en relación con los objetivos superiores de la medicina. Al antiutilitarismo rescata los derechos individuales inviolables, que no están sujetos a los cálculos financieros o beneficios estadísticos.

VERDAD Y MENTIRA

La administración de la verdad al paciente es uno de los conflictos que el cirujano afronta en su práctica cotidiana. El paciente requiere información exacta, pide saber para entender. Esa información lo alivia a pesar de su posible realismo doloroso, fortifica su confianza en el cirujano, ahuyenta los elementos persecutorios y la incertidumbre. La ley de la verdad es inobjetable pero el enfermo no siempre está en condición de escucharla. Pueden emplearse lenguajes diversos según las características de cada caso, atenuar las palabras, silenciar ciertos datos, sugerir, insinuar y permitir que el paciente saque conclusiones propias. Además la verdad absoluta no existe en medicina y la evolución favorable de algunos casos prueba que un pronóstico ominoso puede ser equi-

vocado. "Parece que el camino de la verdad pasa por los errores"¹⁴⁷.

Montaigne, que tanto se ocupó de los médicos, no aceptaba la mentira piadosa, pero admitía que a los médicos pertenece el derecho de manejar la verdad y la mentira en forma discreta, ya que las promesas influyen en la salud⁹⁵. Ha dicho Osvaldo Loudet⁹⁶ que: "El deber de la sinceridad, de la verdad, debe ser superado por el deber de humanidad, de caridad, y éste no puede cumplirse sino mediante el artificio de una mentira. Existen pues, mentiras vitales, que dan vida, que prolongan la vida, inspiradas en el bien, en la bondad, en la compasión, en el amor. Esas mentiras dan vida y debe utilizarlas el médico como una medicina moral". Y cita la frase de Voltaire: "la mentira sólo es un vicio cuando hace mal, pero es una gran virtud cuando hace el bien".

No hay contradicción en todo esto; debe informarse con verdad al paciente, pero administrar esa información para que sea terapéutica y no ocasione mayor daño ni mayor dolor. Opina Alonso⁶ que "el médico dirá la verdad si de este modo aporta al bienestar del paciente; si no es así, la reservará". Pero agrega otro argumento adverso: "todo ser humano exige que se atienda más a su dignidad que a su felicidad y por lo tanto el médico está obligado a no privarlo de la verdad acerca de su enfermedad". La opción entre ambos criterios puede resultar difícil y lo adecuado es tratar cada caso según sus características individuales, sin someterse con rigidez a algunas de las conductas opuestas, para beneficiar al enfermo con una verdad que no lo angustie o desespere, pero que al mismo tiempo le permita sentirse respetado y que ratifique su confianza en el médico.

Frente al paciente moribundo o con mal pronóstico, Selvini¹⁷⁵ enumera 3 posibilidades: 1) no decir la verdad, porque sería cruel aumentar las angustias del enfermo, ya que el miedo a la muerte es universal; 2) decir la verdad, porque el enfermo tiene derecho a conocerla para disponer con realismo de su tiempo y adoptar decisiones importantes, y 3) decir la verdad a los que puedan soportarla y callarla a los que sean incapaces de tolerarla.

Lo importante pues es que el médico administre la información con inteligencia, con afecto y protección, sin abandonar al paciente en una verdad cruda, ni engañarlo con una falsedad que provoca desconfianza. La mentira no es necesaria y tampoco la verdad descarnada, ambas aumentan el daño. Al informar, el médico puede mostrarse crítico, preocupado, realista, pero siempre ofreciendo

alguna esperanza, protección y compañía. "Se debe hablar al paciente con un lenguaje apropiado a su entendimiento y condición intelectual", ha dicho Zenker²¹⁴. "Todo lo que se diga, naturalmente debe ser verdad, pero no todo lo que es verdad necesariamente debe ser dicho. Nunca se quitará al paciente una última esperanza".

Lo indicado es adecuar el lenguaje a la estructura axiológica del enfermo, a sus creencias, aspiraciones y características de personalidad. "Nunca se deberá agredir a una persona con una verdad que no esté preparada para recibir"²⁰⁵. Pero la "mentira piadosa" o el silencio provocan daños morales profundos, el paciente pierde la confianza en todo el cuerpo médico y no se siente respetado como persona. Como dice Steinberg¹⁷⁸: "Si el enfermo necesita de la mentira, miente".

PRONÓSTICO

Nada más difícil que augurar el futuro en medicina, porque las infinitas contingencias y variables convierten a todo en relativo. A veces una información sincera sobre el pronóstico de una enfermedad o de una operación, provoca disgusto en el paciente, que decide cambiar de profesional. Cuando se pide al cirujano que defina con toda exactitud el pronóstico o la evolución de una operación, un optimismo exagerado puede ser irresponsable, y un pesimismo severo puede ser agresivo o repugnante para el enfermo y su familia, que desean escuchar cosas agradables. Muchas veces el cirujano asume el destino de la profetisa Cassandra o del Laoconte, que murió estrangulado junto con sus hijos por prevenir los peligros del caballo de Troya. En cirugía nada puede prometerse con total seguridad; el pronóstico deberá ser claro, pero reservando un amplio margen a las dudas y destacando la inexactitud de los procesos orgánicos. El Código de Ética Médica de los Estados Unidos¹⁴⁷ de 1883 decía: "un pronóstico grave puede ser legítimamente disimulado al paciente. Un pronóstico fatal le será revelado sólo con la mayor circunspección. Pero debe ser informado generalmente a la familia. El paciente puede prohibir esta revelación o designar a los terceros para que la reciban". Aquí ya se relacionan los temas de la veracidad del pronóstico, con el del secreto médico.

El cirujano incurre en grave falta ética cuando atribuye a la operación que ha efectuado mayores beneficios que los verdaderos, y cuando aumenta su prestigio impresionando a pacientes y familiares con el relato de proezas inexistentes, mostrando las piezas anatómicas extirpadas o revelando detalles técnicos deslumbrantes.

INTERCONSULTA

Hipócrates ya estableció el criterio ético que rige la indicación de la interconsulta. Uno de sus aforismos dice¹³⁸: "Nada malo sucede si un médico se encuentra perplejo ante un enfermo. Si por su insuficiente experiencia no ve claramente la situación, debe llamar a otros médicos en consulta. Los médicos que se encuentran reunidos en consulta nunca deben disputar entre sí, ni ridiculizarse mutuamente".

Las normas publicadas por el Comité de Ética del Hospital de Clínicas en 1985¹⁶⁵ hacen referencia a la necesidad de facilitar la consulta:

- Solicitar una consulta cuando se comprende que la situación del enfermo no es solucionable por los conocimientos propios.
- Acceder prontamente al requerimiento de otra opinión médica a pedido del enfermo o sus familiares, sin enojos o discusiones.
- No señalar los errores que pueda haber cometido el médico que lo trató anteriormente.

La encuesta a los cirujanos argentinos reveló una conducta tolerante y permisiva en casos de consulta, ya que solamente el 3,7% elige retirarse del caso rechazándola, cuando la considera innecesaria (Pregunta N° 12):

Pregunta N° 12

Los familiares de un paciente proponen una consulta, pero usted considera que no es necesaria y se siente seguro en el manejo del caso, ¿qué hace?

	%
Propone usted al otro colega	15,3
Deja que los familiares elijan al otro y se reserva el derecho de aceptarlo	81
Se niega a aceptar la consulta por innecesaria y se retira del caso	3,7

La omnipotencia del cirujano puede llevar a resultados fatales, especialmente en casos complicados y difíciles. La interconsulta es una expresión de modestia y de honestidad intelectual. Al referirse al orgullo del médico escribía Gregorio Aráoz Alfaro¹⁵¹: "Nada hay más perjudicial para el médico que la convicción de su propia suficiencia. El que se cree en posesión de la verdad definitiva, descansa en el error tranquilo y seguro".

HONORARIOS

En la antigüedad los cirujanos vivían de la caridad pública o cobraban honorarios fijos con un sueldo oficial. Los servicios quirúrgicos fueron durante siglos poco reconocidos en los pagos, lo que revela su escasa significación dentro de las actividades profesionales. Así por ejemplo, en los aranceles establecidos por ordenanza en 1781 en la Ciudad de Buenos Aires²⁰⁸, se fijaba lo siguiente:

- por visita a medianoche: 1 peso,
- por amputación de una pierna: 1 peso,
- por visita que dure 6 días: 6 pesos por día,
- por operación compuesta, como amputación de 2 piernas: 4 pesos”.

Es conocida la imagen que aparece en algunos trípticos populares, del médico que ha curado a un paciente y acude a cobrar sus honorarios: la familia y el paciente ven al médico transfigurado en diablo, en figura maléfica. Existe una idea generalizada de que el médico debe trabajar gratis, del “sacerdocio” sin recompensa material. En otras actividades humanas se admira a quienes hacen fortunas o ganan mucho dinero con su profesión: artistas, cantantes, empresarios. Pero esto no es bien visto en el médico, a quien se exigen honorarios moderados que no lo hagan rico.

Pero “el médico no puede vivir de simbolismos ni de agradecimientos etéreos. La subsistencia reclama una adecuada y oportuna retribución material, que debe ser valorada y fijada por el propio médico y no por computadoras oficiales o gremiales”¹⁵².

El honorario forma parte del llamado “contrato de asistencia médica” y su monto debe ser acordado previamente a la operación entre el cirujano y el paciente, o bien fijado por las instituciones. Si no ha existido un acuerdo previo, de todos modos el Código Civil⁴⁴ en su Art. 1627 establece que deben retribuirse los servicios profesionales. En caso de desacuerdo entre las partes, esos honorarios serán fijados teniendo en cuenta los aranceles existentes, que podrán ser modificados en más o en menos por las partes o por sentencia judicial. En esa sentencia se tomará en cuenta la jerarquía del cirujano, la importancia de la operación practicada y la situación económica del enfermo²⁰⁸.

El cirujano puede prestar sus servicios gratuitamente, pero desde el punto de vista jurídico el parentesco o amistad del cirujano con el paciente no obligan o implican la gratuidad de la atención. La obligación de pagar los honorarios médicos

prescribe a los 2 años a partir del momento de efectuada la operación. Si se demuestra que ha existido culpa del cirujano en un daño sufrido por el paciente, éste quedará libre de la obligación del pago.

La tradición moral señala que no deben cobrarse honorarios al colega, su esposa, sus hijos menores y los padres o hermanos que están a su cargo. Al médico que no ejerce la profesión y que se ocupa de otras actividades o negocios, en forma optativa el cirujano podrá cobrarle⁴⁶. También en el caso de asistencia a colegas, existe el sistema de la reciprocidad. Por ejemplo es correcto que un cirujano cobre honorarios a un psiconalista ya que la inversa es hábito corriente. El Código de Ética de la Confederación Médica Argentina⁴⁷ recomienda un entendimiento decoroso con el paciente en materia de honorarios, asistencia gratuita en casos de parentesco, amistad, pobreza o colegas, y búsqueda de soluciones privadas antes de acudir a recursos judiciales.

En la encuesta, los cirujanos argentinos eligen conductas generosas que coinciden con los criterios antes enunciados (Pregunta N° 13):

Pregunta N° 13

¿En cuál de estos casos considera adecuado cobrar honorarios quirúrgicos? (Pueden marcarse varios casilleros).

	%
Esposa de un médico que no ejerce y vive de rentas	66,5
Esposa de un psiquiatra	45,1
Esposa de un sanitarista	14,3
Esposa de un clínico general	5

(Cada alternativa es sobre el 100 %)

En nuestro país se ha desarrollado con aceptación alarmante la práctica de la dicotomía o participación de honorarios. Ya Bernardo Houssay¹⁵¹ advertía hace 6 décadas que: “en los últimos años muchos médicos aceptan con frecuencia asociaciones de dicotomías, siempre dañinas, a la corta o a la larga, para ellos y para los enfermos”.

Es una modalidad autóctona, también conocida con variantes en otros países latinoamericanos, pero imposible de justificar o comprender en las sociedades del mundo occidental desarrollado. La magnitud del sistema provoca dificultades de trabajo a los cirujanos que no lo practican, quienes más de una vez reciben la crítica de un médico que esperó en vano una recompensa por la derivación de su paciente.

En la encuesta a los cirujanos, la supuesta legalización del ana-ana es aprobada por un 34,3% y rechazada por un 65,7% de opiniones (Pregunta N° 14):

Pregunta N° 14

La práctica de la dicotomía de honorarios (ana-ana), ¿debería legalizarse?			
	%		%
Totalmente de acuerdo	34,3	<	10,1
De acuerdo		<	24,2
En desacuerdo	65,7	<	24,5
Totalmente en desacuerdo		<	41,2

El hábito está institucionalizado ya por numerosos laboratorios, farmacias, centros de radiología, etc., que compiten en los porcentajes de las comisiones que pagan en forma automática; pero como pasa con muchas otras cosas, es un tema del cual no se habla, aceptado como realidad inmovible por nuestro conformismo.

La participación o partición de honorarios está reñida con la ética. Si han participado varios médicos en la asistencia al paciente, los honorarios se presentarán separados o en conjunto, aclarando los nombres de los profesionales. El pago o la percepción de porcentajes derivados de la prescripción de estudios complementarios, medicamentos, prótesis, radioterapia y el pago a intermediarios o corredores, constituyen actos de violación a la ética y a la dignidad profesional, también penados por la ley como delito de asociación ilegal, y sancionados por numerosos códigos de ética en la Argentina ¹²⁻¹³⁻⁴⁶⁻⁴⁷⁻⁵⁰.

CONDUCTA DEL CIRUJANO EN EL QUIRÓFANO

En el quirófano se desarrolla un verdadero ritual que los cirujanos cumplen automáticamente, pero que asombra a los profanos ⁷⁹. Existen fundamentos técnicos indudables, pero la observación del conjunto ofrece características ceremoniales que José A. Mainetti ¹⁰² ha interpretado con enfoques antropológicos: "Son ceremonias en las cuales un comportamiento expresivo, simbólico, predomina sobre el comportamiento práctico, ... racional y científico. Es adecuada la descripción de la técnicamente sofisticada cirugía, como una liturgia o quirofanía ritual. Recinto definido cual un templo, espacio demarcador de lo puro y lo impuro, ... indumento e instrumental sacerdotales de los protagonistas, liturgia del drama operatorio, ... con sus silencios solemnes y licencias eclesiásticas para el chiste y la anécdota". Tal vez el rito ayuda a cumplir el acto de violencia que comporta la cirugía, a tolerar el riesgo, a conjurar la muerte, a penetrar en el cuerpo dormido y entregado siempre como en los viejos sacrificios.

Algunos cirujanos caen en una especie de trance agresivo durante toda la operación, y promueven un clima desagradable donde hay lugar para la grosería y la violencia. Muchas veces el paciente ingresa al quirófano sin que nadie le hable o lo salude, pero ese paciente recordará en el futuro alguna frase cordial o la sonrisa de la instrumentadora. La demora o postergación de operaciones provoca un daño emocional muy severo en el paciente y constituye una de las fal'as éticas más frecuentes en cirugía.

La serenidad, el silencio, un espíritu de tolerancia y de ayuda mutua, son condiciones que fortalecen la verdadera autoridad del cirujano, fundada en estos procederes éticos y no en rigores de tipo disciplinario.

CAPITULO IV

EDUCACIÓN DE LA ÉTICA EN CIRUGÍA

La medicina hipocrática ha promovido a través de los siglos una educación ética en base a modelos de identificación, al espíritu de generosidad y sacrificio que exige la conciencia, a normas arraigadas en las costumbres del médico y aceptadas por la moral tradicional. Pero la cirugía moderna presenta situaciones conflictivas, muchas de ellas aún no esclarecidas, para las cuales ya no son suficientes las conductas aprendidas con el buen ejemplo y con los códigos deontológicos¹¹⁹⁻¹⁵². La ética en cirugía a pasado a ser motivo de estudio, de investigación y de enseñanza. Numerosas referencias indican que la bioética se enseña con programa en facultades de medicina de Europa y los Estados Unidos, dentro del ciclo curricular de pregrado²⁶⁻³³.

Todo esto es muy nuevo y aún no existen criterios unánimes sobre los enfoques y programas de enseñanza que escapan a los planteos técnicos propios de la medicina, para penetrar en el mundo de las humanidades¹³². Es cierto que todo pertenece a lo mismo, a la cultura y a la labor del hombre, y por lo tanto no puede separarse lo científico de lo humanista, ni debe creerse en la objetividad absoluta de la ciencia frente a la subjetividad de la ética. El tiempo ha demostrado notoriamente en las últimas décadas que la ciencia médica no es tan exacta ni tan neutra, porque siempre existe algún compromiso ideológico, emocional o subjetivo en su práctica. Por su parte el pensamiento ético depende de creencias individuales a veces arbitrarias, pero allí no todo es subjetivo, ya que permite definir muchos procedimientos y conductas fuera de toda relatividad. El conocimiento de los códigos deontológicos no es suficiente, y por eso la ética médica debe incorporarse a la programación universitaria, y agregarse como un contenido más a los cursos de graduados sobre temas quirúrgicos y a los cursos de formación de especialistas.

Los estudiantes de medicina de la Universidad de Ottawa⁸⁵ organizaron y dirigieron por propia iniciativa en 1982 un Simposio sobre Bioética, donde invitaron a diversos expertos para tratar temas

conflictivos, preocupados por las dificultades que se presentan para tomar decisiones en la práctica médica. En especial examinaron las cuestiones relacionadas con las indicaciones y contraindicaciones de la alta tecnología en el diagnóstico y tratamiento. Pero estos ejemplos son aún excepcionales, y sin duda la educación actual en las facultades de medicina insiste en los contenidos técnicos sin incluir los aspectos éticos y humanistas de la ciencia médica.

La mejor forma de enseñar la ética es con el ejemplo, es educando con formación, más que enseñando la información. "Los alumnos se forman a imagen y semejanza de quienes los aducan", ha dicho Andrés Santos¹⁶⁸. "Por eso cada acto médico exige no sólo conocimiento científico y tecnológico, sino la actitud ética adecuada. Quienes no se desempeñan así, quienes se permiten aun ocasionales licencias de inmoralidad en sus acciones como profesionales y también como docentes, no están capacitados para enseñar y no se les debe permitir hacerlo... Sólo hombres rectos pueden enseñar con rectitud".

COMITÉS DE ÉTICA

Los comités de ética comenzaron ya en 1950 como grupos de control sobre investigaciones clínicas, para proteger la seguridad y el bienestar de los pacientes. Con el correr del tiempo sus funciones fueron extendidas a la vigilancia de todas las actividades médicas, y se integraron con profesionales no médicos, abogados, filósofos, religiosos, educadores, con un sentido multidisciplinario para el análisis de los problemas⁸⁰. Los comités participaron como asesores, consultores, y en especial educadores, en las decisiones con fundamento ético dentro de la práctica médica y quirúrgica. Su integración y desarrollo puede interpretarse como una necesidad más de buscar la reflexión moral en medicina, y de neutralizar los daños de la tecnología con sus secuelas de deshumanización y de malpraxis¹⁰³.

En general existe acuerdo en el sentido de que los comités de ética no deben ejercer tareas discipli-

narias o autoritarias, sino solamente dictar normas, sugerir, proponer y vigilar las conductas para una medicina con bases morales. No se trata pues de tribunales de honor, ni de comités de disciplina profesional, ni de cortes judiciales. Por la escasa experiencia mundial son organismos que aún no tienen un perfil definido y uniforme. Diversos modelos se han propuesto y el tiempo irá esclareciendo sobre las verdaderas funciones y los beneficios de su acción. En Estados Unidos solamente el 1% de los hospitales generales tienen comités de ética en actividad, mientras que en Alemania existen en todos los hospitales universitarios¹⁵⁷⁻¹⁵⁹; sin presencia de filósofos, que solamente actúan en los comités generales o nacionales.

El primer hospital argentino que contó con un comité de ética fue el de Clínicas de Buenos Aires, creado por resolución de diciembre de 1984. Entre otras funciones se propuso: "investigación y control sobre casos de maltrato, postergaciones, demora, falta de información, exámenes innecesarios, sufrimientos evitables, operaciones suspendidas, agresiones, etc., que eventualmente pueden sufrir los pacientes y el público en el hospital; enseñanza permanente de conductas y actitudes éticas a

los jóvenes graduados que se encuentran en programas de educación médica; definición de conductas éticas en temas especiales, tales como investigación en el niño, investigación farmacológica, estudios en cadáveres, estudios prenatales, concepción, investigación experimental en animales, etc."¹⁶².

Los comités de ética deben analizar todos los proyectos de investigación quirúrgica y difundir las normas con criterio docente para lograr consenso y evitar las trabas burocráticas o las trampas infractoras¹⁷⁴. Existen modalidades donde las decisiones pueden ser opcionales o imperativas dentro de una institución. Lo que no debe ocurrir es que todo quede en complicaciones administrativas que mortifican y demoran, sin cumplir la verdadera función de resguardo ético que se necesita¹⁹.

Por otra parte se ha criticado a los comités de ética, argumentando que vulneran el secreto del acto médico y la privacidad de los pacientes, que estimulan los pleitos y que constituyen un nuevo elemento perturbador dentro de la ya compleja organización donde actúan los médicos.

CONCLUSIONES

En otros tiempos el cirujano trabajaba de acuerdo a normas firmes y elementales, aceptadas por todos. No había dudas en reconocer lo que estaba bien y lo que estaba mal, en esa actividad guiada por una ética deontológica de beneficio concreto. Pero los adelantos de la cirugía superan hoy el tradicional objetivo terapéutico y crean numerosos dilemas éticos que crecen con magnitud superior a la de sus soluciones. La tranquilidad del cirujano se ha empañado con la angustia que deriva de su duda frente a muchos conflictos morales inéditos, para los cuales no existe respuesta inmediata. En todo el mundo médico y también en nuestra Asociación Argentina de Cirugía, se advierte un interés extraordinario por el análisis de estos conflictos nuevos y una demanda por normatizar los criterios y las decisiones.

Pero los códigos de ética, la enseñanza de normas legales y deontológicas, al igual que este relato, son insuficientes y no pueden por sí solos ofrecer recetarios de conductas. No existen los catálogos de comportamiento, porque en medicina las situaciones tienen matices individuales y a menudo sugieren diversos tratamientos. Puede ocurrir que varias soluciones sean aptas para un mismo problema, o también que no exista ninguna totalmente aceptable. El médico debe saber que corre el peligro de enfrentar situaciones para las cuales aún no hay respuesta. Los filósofos han acudido para colaborar, pero ellos tampoco pueden aisladamente ofrecer soluciones mágicas a todos los problemas de la medicina moderna. Por eso necesitan trabajar junto a los médicos, para conocer la realidad y discutir los fenómenos en un diálogo integrador.

Pareciera que solamente la actitud de los que trabajan con honestidad, la influencia de modelos o arquetipos, el ejemplo personal de los grandes maestros y la convicción de la propia conciencia,

pueden mejorar las cosas y facilitar un trabajo con fundamentos éticos. Es necesario recordar que las conductas morales no siempre aseguran un beneficio utilitario o una posibilidad de recompensa; son válidas por sí mismas, tienen un sentido superior y deben practicarse voluntariamente sin especular con su resultado. La ética busca objetivos de justicia individual y no responde a los argumentos utilitarios que pretenden el mayor bien para la mayoría de los pacientes, sin considerar los valores personales.

En medicina la ética no exige decisiones rápidas y siempre está en cuestionamiento, porque no es obligatoria ni logra una respuesta única en cada caso. La diversidad de opiniones ayuda a pensar y puede ser útil en el hallazgo de soluciones. El esfuerzo está en lograr conductas puramente éticas y criterios universales ajenos a enfoques parciales de tipo religioso, político o jurídico.

La técnica nos muestra lo que se puede hacer, la ética lo que se debe hacer. Solamente es apta una tecnología con bases morales que logre neutralizar las presiones económicas, la politización de la medicina y la creciente ingerencia de las leyes que obligan o prohíben, limitando cada vez más la libertad del médico.

La relación médico-paciente y médico-médico, es decir la relación de persona a persona, ha hecho que los médicos se preocupen con mayor inquietud de la ética individual que de su vínculo con la sociedad. Sin duda lo fundamental es preservar al individuo. De lo contrario, la masificación de los actos médicos, el abuso de una tecnología que convierte en objeto al paciente sujeto, llevan a un deterioro de la relación afectiva y humana entre el médico y el enfermo. Esto deriva en conflictos, especialmente cuando se agrega algún fracaso terapéutico y es la causa principal de las demandas cada vez más frecuentes a los cirujanos.

El médico debe respetar los juicios de valor y los caracteres culturales, confesionales y afectivos del paciente, su realidad social y familiar, es decir el perfil axiológico individual, para adaptar a ellos las modalidades terapéuticas.

Las normas legales se basan en principios éticos esenciales, y en medicina lo ético y lo jurídico se superponen mucho más que en otras actividades. Pero los dictados de la conciencia superan al derecho y el cirujano definirá situaciones en soledad, de acuerdo a su convicción moral, porque las leyes muchas veces le resultarán insuficientes. Pero también lo moral y lo legal pueden llegar a enfrentarse y los argumentos jurídicos a veces logran neutralizarse con principios éticos. El conformismo permisivo conduce a menudo a leyes que se acomodan a nuevos hábitos inmorales consagrados por el uso, aceptados colectivamente, pero que corresponde rechazar. Los códigos de ética resultan insuficientes porque sólo ofrecen consejos, de tal modo que la responsabilidad legal está justificada porque los complementa, para resarcir el daño en el terreno jurídico. Pero una excesiva reglamentación perturba la necesaria libertad de conciencia del cirujano y limita su actividad en temas controvertidos. Cuanto más compleja es la cirugía que se practica, mayor es la responsabilidad por sus consecuencias.

Los argumentos que han pretendido negar la responsabilidad pública del cirujano, pierden valor frente a la necesidad de proteger al paciente cuando es víctima de una malpráctica. Porque la medicina no es una ciencia exacta, pero ofrece criterios consagrados y normas consideradas como verdaderas, que permiten detectar las actitudes incorrectas y evaluar el daño provocado.

En definitiva, pareciera que la ética en la cirugía actual persigue como objetivo básico la preservación y el respeto por los valores individuales del paciente. Por encima de otras preocupaciones, una cirugía ética busca reducir las molestias, el dolor, las demoras, los estudios y operaciones innecesarios, que pueden evitarse porque no ofrecen beneficios. Por eso también el secreto profesional adquiere hoy especial significado y se insiste en que la confianza de un delincuente indefenso que se entrega al cirujano, tiene un valor superior al de la obligación legal de denunciarlo. La función del médico es ayudar al prójimo sin condicionamientos, cualquiera sea su característica, y no juzgar su conducta privada. Muchas opiniones insisten en combatir las frecuentes violaciones al secreto mé-

dico y a la privacidad, que se advierten en el periodismo y por las exigencias de diagnósticos en los recibos de las obras sociales.

Esta preservación respetuosa del individuo enfrenta a veces confusas alternativas. Por ejemplo, la pertenencia del cuerpo presenta variantes éticas que dependen de conceptos personales y religiosos. Existen ideologías y religiones que prohíben la cirugía, las transfusiones, o la mutilación de cadáveres para trasplantes, porque violan los designios de Dios. El consentimiento informado adquiere aquí trascendencia y se relaciona con el respeto por una voluntad del paciente. En este marco la bioética pretende esclarecer los enfrentamientos: si el paciente niega el consentimiento y con ello pone en peligro su vida, el cirujano está autorizado a actuar violando esa voluntad, porque el cuidado de la vida tiene un valor superior al respecto por la libertad del paciente y no es punible el que causa un daño para evitar otro mayor.

Todos los problemas relacionados con la libertad, la voluntad y la pertenencia del paciente han sido esclarecidos en la última década mediante el análisis filosófico. Por ejemplo, hoy se acepta que los materiales de estudios clínicos, biopsias, radiografías, pertenecen al enfermo, que no corresponde retacear su entrega o exigir su repetición cuando cambia de médico o de hospital, y que las autopsias deben ser informadas por el cirujano de cabecera a los familiares que las solicitan. También la donación de órganos o de sangre debe ser espontánea, sin influencias sobre las decisiones, sin recompensas o pagos, permitiendo la libre voluntad de cada uno y preservando el anonimato. No es moralmente lícito ofrecer dinero, o libertad a los presos, o licencia a los soldados, como premio por la extracción de sangre.

El otro tema fundamental de la bioética se vincula con la protección de los pacientes incluidos en proyectos de investigación, a través de normas que ya están consagradas en códigos internacionales, donde se garantiza la seguridad del secreto, el consentimiento de los voluntarios, la posibilidad de retirarse del proyecto sin perder el beneficio de otros tratamientos y la prohibición de usar prisioneros, soldados o enfermos mentales. En este campo también pueden surgir contradicciones entre las ventajas de las pruebas aleatorias para el progreso médico y su legitimidad moral.

Finalmente el problema de la muerte digna destaca su interés en el panorama actual de la éti-

ca médica, porque todo ser humano tiene derecho a una buena muerte y el mantenimiento artificial de la vida con el empleo de aparatos o tratamientos sin esperanza, se convierte en una absurda prolongación de la vida. El llamado "encarnizamiento" aparece cuando el cirujano aplica un exceso de técnicas posibles, de operaciones innecesarias, que lleven a una inútil desmesura terapéutica peor que la enfermedad misma, a una muerte artificial en lugar de la muerte natural y biológica. También en este aspecto resulta difícil legislar y las precisiones depende de múltiples variables en cada caso.

Todo conduce a la personalización de los actos médicos. Ningún museo del mundo ofrece la vi-

sión completa del arte, sino una gama de variedades y de sugerencias que enriquecen el espíritu del observador. Del mismo modo, el cuerpo legal o la normativa de la bioética solamente proponen conductas y orientan la búsqueda de una medicina que llegue a ser aceptable, además de eficiente.

En definitiva asistimos hoy a un cuestionamiento del tecnicismo, que ha neutralizado la omnipotencia del cirujano, llevándolo por otras necesidades hacia una saludable preocupación humanista. Es el principio de una nueva época destinada a dignificar los actos médicos, a recuperar el prestigio desvanecido, a estimular el pensamiento para lograr una ética del individuo, elaborada en los procesos íntimos y solitarios de la conciencia.

BIBLIOGRAFIA

1. Abel F.: *Bioética: un nuevo concepto y una nueva responsabilidad*. Labor Hospitalaria, 196: 101, 1983.
2. Achtslogh J.: *Aspect moral et ethique de la chirurgie de l'octogenaire*. Acta Chir. Belg., Supl., 90: 5, 1983.
3. Albarracín Teulón A.: *Historia de la ética en medicina*. En: *Ética en medicina*. Fund. A. J. Roemmers, 2ª Ed., Bs. As., 1986, pág. 15.
4. Albarracín Teulón A.: *La terapéutica, problema de la medicina actual*. Quirón, 12 (3-4): 165, 1981.
5. Allende V.: *Medicina y emoción*. Tesis de doctorado, U.B.A., Ed. Sagalés, Bs. As., 1943.
6. Alonso H.: *Problemas éticos en la práctica clínica*. En: *Ética en medicina*. Fund. A. J. Roemmers, 2ª Ed., Bs. As., 1986, pág. 161.
7. Alsina Atienza D.: *La carga de la prueba en la responsabilidad del médico. Obligaciones de medio y obligaciones de resultado*. Jurisprudencia, III: 587, 1958.
8. American College of Surgeons: *What you should know about the growing malpractice crisis*. Folleto, Chicago, 1986.
9. American Medical Association: *Principios deontológicos en Estados Unidos*. Informaciones Roemmers, X. 53: 4, 1981.
10. American Physiological Society: *Guiding principles in the care and used of animals*. Am. J. Phys., 238: 1, 1980.
11. Apel K.: *Estudios éticos. III) Necesidad, dificultad y posibilidad de una fundamentación filosófica de la ética en la época de la ciencia*. Ed. Alfa, Barcelona, 1986, pág. 105.
12. Asociación Argentina de Cirugía: *Código de ética y deontología del cirujano*. Bs. As., 1982.
13. Asociación Médica Argentina: *Código de ética*. Rev. A.M.A., 89: 17, 1976.
14. Assal J., Châbrier A. y Dominicé P.: *Algunos aspectos de la información médica. (Mesa redonda)*. Orient. Méd., 30. 1256: 133, 1981.
15. Baliña L.: *Aspectos éticos vinculados con la muerte*. En: *Ética en medicina*. Fund. A. J. Rommers, 2ª Ed., Bs. As., 1986, pág. 169.
16. Baliña L.: *Comunicación personal*. Hosp. Clínicas, Bs. As., 1985.
17. Baliña L.: *La defensa del derecho a morir*. Iatria, 46: 17, 1975.
18. Baliña L.: *Muerte, eutanasia y distanasia*. Obstet. y Ginecol. Latinoamer., 38: 177, 1980.
19. Bazerque P.: *Ética en la investigación científica en medicina*. En: *Ética en medicina*. Fund. A. J. Roemmers, 2ª Ed., Bs. As., 1986, pág. 135.
20. Belbey J.: *Responsabilidad médica*. Rev. A.M.A., 72 (12): 503, 1958.
21. Beck J., Pauker S., Gottlieb J., Klein K. and Kassirer J.: *A convenient approximation of life expectancy. II) Use in medical decision-making*. Am. J. Med., 73: 889, 1982.
22. Bokser B.: *Problemas en la ética biomédica: una perspectiva judía*. Judaism., 24: 2, 1975.
23. Bonchek L.: *Papel de la prueba clínica aleatoria en la valoración de nuevas operaciones*. En: *Asistencia quirúrgica de la salud. Clínicas quirúrgicas de Norteamérica*. Ed. Interamericana, México, 4: 767, 1982.
24. Bonjean G., Bouchard J., Foustier P., Perrin N., Piot G. et Lery N.: *La dimension éthique du problème*. Médecine Hygiène, 42: 1184, 1984.
25. Borda C.: *Problemas de la culpa contractual*. La Ley, Doctrina, 111: 925, 1984.
26. Bresnahan J.: *The ethicist in clinical surgical education*. Bull. Am. College Surg., 69 (5): 8, 1984.
27. Bruno A.: *Secreto médico*. En: *Ética en medicina*. Fund. A. J. Roemmers, 2ª Ed., Bs. As., 1986, pág. 83.
28. Bustamante Alsina J.: *Extensión de la reparación en la responsabilidad objetiva*. La Ley, C: 1024, 1979.
29. Bustamante Alsina J.: *Prueba de la culpa*. La Ley, Doctrina, 99: 886, 1982.
30. Bustamante Alsina J.: *Responsabilidad civil del médico por omisión de asistencia*. La Ley, Jurisprudencia, A: 408, 1980.
31. Bustamante Alsina J.: *Responsabilidad civil de los médicos en el ejercicio de su profesión*. La Ley, Jurisprudencia, C: 63, 1976.

32. Butler J.: *Is it ethical to conduct volunteer studies within the pharmaceutical industry?* Lancet 1978, p. 816.
33. Callahan D. and Bok S.: *Ethics teaching in higher education*. In: *The Hastings Center series in ethics*. Ed. Plenum Press, New York, 1980.
34. Cámara de Apelaciones Civil y Comercial de San Martín: *Sentencia del 28-9-1979*. La Ley, Jurisprudencia, A: 408, 1980.
35. Cámara Civil 2ª de la Capital: *Sentencia. Naturaleza de la responsabilidad médica y término de prescripción de la acción resarcitoria*. Jurisprudencia Argentina, 74: 525, 1941.
36. Cámara del Crimen de Santa Fe: *Sentencia del 3-10-1977*. La Ley, Jurisprudencia, C: 172, 1979.
37. Cámara Nacional de Apelaciones del Trabajo: *Fallo Nº 51773 del 25-3-1986*.
38. Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil: *Fallo Nº 85.020.205 del 7-5-1985*.
39. Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil de la Capital Federal: *Sentencia. Responsabilidad de los profesionales. Médico*. Jurisprudencia, III: 587, 1958.
40. Cámara Nacional en lo Civil: *Sentencia del 19-12-1977*. La Ley, Jurisprudencia, C: 19, 1979.
41. Cámara Nacional en lo Civil: *Sentencia del XII de 1977*. Jurisprudencia Argentina, 77: 246, 1978.
42. Campoamor C.: *Responsabilidad médica por daños*. Jurisprudencia Argentina, Doctrina, 67: 54, 1939.
43. Carmi A.: *La ética debe ser voluntaria*. Foro Mundial de la Salud, 3-4: 417, 1982.
44. *Código Civil de la República Argentina*. Ed. Zavalla, Bs. As., 1986.
45. Cohen C.: *Medical experimentation on prisoners*. Perspectives in Biology and Medicine, 21 (3): 357, 1978.
46. Colegio Argentino de Cirujanos Cardiovasculares: *Código de ética*. Ed. Suturas Ethicon, sin fecha.
47. Confederación Médica de la República Argentina: *Código de ética*. Rev. A.M.A., 89: 17, 1976.
48. Conley J.: *Ethics in head and neck surgery*. Arch. Otolaryngol., 107 (11): 655, 1981.
49. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas: *Project on ethical review committee for biomedical research involving human subject*. Ginebra, 1976.
50. Consejo Profesional de Arquitectura y Urbanismo: *Código de ética profesional*. Ley 14.467, Bs. As., 1965.
51. Corte Suprema de Justicia de la Nación: *Fallo Nº 840.000.059 del 29-3-1984*.
52. Crick F.: *Impacto social de la biología. Conferencia en el University College de Londres*. Nature, 220 (5166): 429, 1968.
53. Chalmers T., Smith H. (Jr.), Ambroz A., Reitman D. and Schroeder B.: *In defense of the randomized control trial of coronary artery surgery*. Clin. Res., 26: 230, 1978.
54. *Declaración de Helsinki*. Crónica de la OMS, 19: 30, 1965.
55. *Declaración de Tokio*. Bandbook Medical Ethics, Br. Med. Assoc., 1980, pág. 60.
56. De la Fuente H.: *Obligaciones de medio y de resultado. Lo positivo y lo negativo de la clasificación*. La Ley, Doctrina, A: 712, 1980.
57. Do Pico A., Cortecchi L. y Riú J.: *Responsabilidad profesional penal de los médicos*. Rev. Fac. Med., Univ. del Salvador, 4: 51, 1986.
58. Dorff E.: *Elige la vida: una perspectiva judía de ética médica*. Maj Shavot -5-. Univ. Papers, University Judaism, IV: 1, 1985.
59. Drösser C.: *Hünereien statt Kaninchen*. DAAD Letter, Hochschule und Ausland, 2: 16, 1987.
60. Eisenberg L.: *The social imperatives of medical research*. Science, 198 (4322): 1105, 1977.
61. *Encyclopedia of Bioethics*. Ed. Warren T. Reich, Free Press, Macmillan, New York, 1978.
62. Feinberg J.: *The mistreatment of dead bodies*. Hastings Center Report, 15: 1, 1985.
63. Firmat J.: *Transplante de órganos; terapia intensiva, indicaciones y limitaciones*. En: *Ética en Medicina*. Fund. A. J. Roemmers, 2ª Ed., Bs. As., 1986, pág. 195.
64. Flexner A.: *Medical education in the United States and Canada*. Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, New York, 1910.
65. Fuenmayor A. de: *Las influencias de las leyes civiles en el comportamiento moral. La valoración del conformismo ambiental*. Bol. Soc. Argent. Etica y Moral Méd. y Biol., 2-3: 9, 1981.
66. Gehan E. and Freireich E.: *Non randomized controls in cancer clinical trials*. N. Engl. J. Med., 290: 198, 1974.
67. Goldhaber S., Reardon F., Goulart D. and Rubin I.: *Cardiac surgery for adults with mental retardation. Dilemmas in management*. Am. J. Med., 79 (4): 403, 1985.
68. Goldschmidt R.: *Alrededor de la responsabilidad civil del médico*. La Ley, 59: 273, 1950.
69. Gütgemann A.: *Über ärztliche Verantwortung in der Chirurgie?* Münchner Mediz, Wochenschrift, 7: 14, 1967.

70. Gutteridge F.: *Experimentación con seres humanos y ética médica. Normas internacionales para la investigación biomédica practicada en seres humanos*. Educ. Méd. y Salud, 16 (2): 183, 1982.
71. Kaynal A. y Garrone G.: *La entrevista médico-paciente*. Folia Psychopractica Roche, II, N° 4, 1981.
72. Horwitz R. and Feinstein A.: *Methodologic standards and contradictory results in case-control research*. Am. J. Med., 66: 556, 1979.
73. Ibarlucía A. y Baños H.: *Daños y perjuicios. Responsabilidad profesional. Culpa del médico*. La Ley, 4, 23-11-1959.
74. Institute of Laboratory Animals Resources: *Guide for the care and use of laboratory animals*. National Research Council, EE.UU., 1977.
75. Iserson K., Sanders A., Mathieu D. and Buchanan A.: *Ethics in emergency medicine*. Ed. Williams & Wilkins Co., Baltimore, 1986.
76. Jackson D. and Youngner S.: *Patient autonomy and death with dignity*. N. Engl. J. Med., 301 (8): 404, 1979.
77. Jonas H.: *Technik, Medizin und Ethik*. Ed. Insel, Frankfurt, 1987.
78. Katz J.: *Human rights and human experimentation. Experimentation with human beings*. Russell Sage Foundation, New York, 1972.
79. Katz P.: *Rituals in the operating room*. Ethnology, XX (4): 335, 1981.
80. Keenan C.: *Ethics committees: trend for troubling times*. Hosp. Med. Staff, 2: 6, 1983.
81. Kramer C.: *Medical malpractice: the patients point of view*. New York State J. Med., 86 (7): 348, 1986.
82. Ladimer I.: *Rights, responsibilities and protection of patients in human studies*. J. Clin. Pharmac., 7: 125, 1967.
83. Ladimer I.: *Risk and benefit in human research. Care of patients with fatal illness*. Ed. Withe, New York, 1969.
84. Ladimer I.: *Social responsibility in clinical investigation*. Medical Science, 1967, p. 32.
85. Last J.: *Los estudiantes tienen clara conciencia de los nuevos dilemas éticos (Debate)*. Foro Mundial Salud, 3-4: 422, 1982.
86. Laufs A.: *La conciencia como instancia médica desde la perspectiva jurídica*. Universitas, XIX (2): 73, 1981.
87. Leriche R.: *Filosofía de la cirugía III. Porvenir de la cirugía*. Día Méd., 73: 3103, 1950.
88. Levine R.: *Ethics and regulation of clinical research*. 2ª Ed., Urban and Schwarzenberg Ed., Munich and Baltimore, 1986.
89. Lo B. and Schroeder S.: *Frequency of ethical dilemmas in a medical patient services*. Arch. Int. Med., 141: 1062, 1981.
90. López Bolado J.: *El secreto profesional de los médicos y el deber de denunciar delitos*. La Ley, Jurisprudencia, C: 172, 1979.
91. López Bolado J.: *Los médicos y el Código Penal*. Ed. Universidad, Bs. As., 1981.
92. López Medrano C., Obiglio H., Pierini L., y Ray C.: *Pío XII y las ciencias médicas*. Ed. Guadalupe, Bs. As., 1961, pág. 178.
93. Lorenzino G.: *Aspectos morales. Terapia intensiva*. Relato 44º Congr. Argent. Cirug., Rev. Argent. Cirug., N° Extraord., 1973, pág. 74.
94. Lothstein L.: *Sex reassignment surgery: historical, bioethical and theoretical issues*. Am. J. Psychiatry, 139: 417, 1982.
95. Loudet O.: *Humanistas y médicos en el Renacimiento*. Ed. Nova, Bs. As., 1961.
96. Loudet O.: *Vida y espíritu del médico*. Ed. Kraft, Bs. As., 1952.
97. Macklin R.: *Dilemmas of informed consent for surgery*. Bull. Am. College Surg., 67 (7): 6, 1982.
98. Mc Intyre N. and Popper K.: *The critical attitude in medicine: the need for a new ethics*. Br. Med. J., 287: 1919, 1983.
99. Mc Sherry C.: *Seguridad de la calidad y práctica quirúrgica*. En: *Asistencia quirúrgica de la salud. Clínicas quirúrgicas de Norteamérica*. Ed. Interamericana, México, 4: 757, 1982.
100. Mainetti J. A.: *Bioética y genética*. Quirón, 17 (1): 36, 1986.
101. Mainetti J. A.: *El médico frente al derecho del hombre sobre su cuerpo*. Cuadernos Inst. Humanidades Méd., La Plata, 1: 25, 1973.
102. Mainetti J. A.: *Ética en el quirófano*. Quirón, 17 (1): 5, 1986.
103. Mainetti J. A.: *Guía de funciones del programa de investigaciones bioéticas. (Introducción a la bioética)*. Quirón, 18 (1): 42, 1987.
104. Mainetti J. A.: *Introducción a la bioética. La fundamentación de la ética biomédica*. Quirón, 18 (1): 7, 1987.
105. Mainetti J. A.: *La crisis de la razón médica*. Cuadernos Hispanoamericanos, 446: 255, 1987.
106. Mainetti J. A.: *La filosofía del cuerpo humano en la cirugía actual*. Cuadernos Inst. Humanidades Méd., La Plata, 1: 19, 1973.
107. Mainetti J. A.: *La muerte en medicina*. Introducción. Quirón, La Plata, 1978, pág. 26.
108. Mainetti J. A.: *La otra cara de la medicina*. Quirón, 11 (4): 101, 1980.

109. Mainetti J. A.: *Las humanidades médicas y la filosofía de la medicina*. Quirón, 6 (1): 89, 1975.
110. Mainetti J. A.: *Problemas filosóficos en la cirugía actual. Vida y muerte en cirugía. (Conferencia)*. III Curso Clínica Quirúrgica, Mendoza, 1971.
111. Mainetti J. A. y Bertomeu M.: *La fundamentación de la ética biomédica*, Jano, 26: 54, 1985.
112. Mammoni O.: *Responsabilidad civil del cirujano*. Folleto Cátedra de Cirugía C., Univ. La Plata, 1986.
113. Marañón G.: *En torno a la formación del médico y su ética profesional*. Rev. Círculo Univ. Sudoeste, VI (69): 5, 1939.
114. Massachusetts General Hospital: *Guiding principles for human studies*. 3ª Ed., Boston, 1981.
115. Massachusetts General Hospital: *New consent form format. Subcommittee on human studies*. Boston, 1986.
116. May G., Demets D., Friedman L., Furberg G. and Passamani E.: *The randomized trial: bias in analysis*. Circulation, 64: 669, 1981.
117. Mazzei E.: *Ciencia, técnica y ética en la era actual*. Rev. A.M.A., 57: 6, 1980.
118. Mazzei E.: *Ciencia y técnica en la era actual*. Med. Alemana, XXI (11): 2305, 1980.
119. Mazzei E.: *La deshumanización de la medicina*. Prensa Méd. Argent., 57: 13, 1970.
120. Michel-Bichet R., Lortat-Jacob J., Cerbonnet G., Moreaux J. et Chigot P.: *La vocation chirurgicale (Coloquio)*. Médecine de France, 1964.
121. Miles S., Cranford R. and Schultz A.: *The do-not resuscitate order in a teaching hospital*. Ann. Int. Med., 96: 660, 1982.
122. Moore F.: *Potencial humano quirúrgico: realidad pasada y presente, y cálculos para el año 2000*. En: *Asistencia quirúrgica para la salud. Clínicas quirúrgicas de Norteamérica*. Ed. Interamericana, México, 4: 579, 1982.
123. Moore F.: *Surgical streams in the flow of health care financing. The role of surgery in national expenditures: wath costs are controllable?* Ann. Surg., 201 (2): 132, 1985.
124. Mosset Iturraspe J.: *Responsabilidad civil del médico*. Ed. Astrea, Bs. As., 1979.
125. Naciones Unidas: *Demographic yearbook*. Fomento Social, 29: 179, 1974.
126. National Association of Insurance Commissioners: *Malpractice claims report*. Milwaukee, 1977.
127. Navajas Mogro H.: *La muerte en el quirófano*. En: *La muerte en medicina*. Ed. Quirón, La Plata, 1978, pág. 169.
128. Ody F.: *Testamento de un cirujano*. Luis de Caralt Ed. 1ª Ed., Barcelona, 1855.
129. O'Keefe D.: *Efforts of the Medical Society of the State of New York to effect medical liability reform*. New York State J. Med., 86 (7): 339, 1986.
130. Olszak J.: *El homicidio eutanásico*. Monografía, Bs. As., 1985.
131. Organización Mundial de la Salud: *Protección de los derechos humanos en los experimentos médicos*. Crónica OMS, 33: 367, 1979.
132. Orgaz J.: *El humanismo en la formación del médico*. Ed. Lozada, Bs. As., 1977.
133. Parmer M.: *Ethics of a professional surgeon*. Bulletin Am. College Surg., 67 (7): 2, 1982.
134. Patig G.: *Hechos, normas u proposiciones*. En: *Ética y ciencia*. Ed. Alfa, Barcelona y Caracas, 1986, pág. 167.
135. Pauker S. and Kassirer J.: *The threshold approach to clinical decision making*. N. Engl. J. Med., 302: 1109, 1980.
136. Pellegrino E.: *The ethical implications of changing patterns of medical care*. N. C. Med. J., 26 (2): 1, 1965.
137. Pérez Miravete A.: *Principios éticos en investigación experimental con seres humanos*. Bol. Of. Sanit. Panamer., Reseñas, 1981, pág. 1547.
138. Pérgola F. y Okner O.: *Historia de la medicina*. Ed. Médicas, Bs. As., 1986.
139. Perino F.: *Les conquêtes de la chirurgie*. Folleto Acad. Nationale Médecine, París, 1975.
140. Pivetta O.: *Ética en la investigación científica en la medicina. Animales de laboratorio*. En: *Ética en medicina*. Fund. A. J. Roemmers, 2ª Ed., Bs. As., 1986, pág. 145.
141. Poggi V.: *Responsabilidad médica*. En: *Ética en medicina*. Fund. A. J. Roemmers, 2ª Ed., Bs. As., 1986, pág. 71.
142. Rancich A., Gelpi R. y Mainetti J. A.: *Los juramentos médicos y un antiguo ideal: la educación del médico humanista*. Quirón, 17 (1): 42, 1986.
143. Ravioli J.: *Documentación médica*. En: *Ética en medicina*. Fund. A. J. Roemmers, 2ª Ed., Bs. As., 1986, pág. 105.
144. Richardson D., Polk H. and Barber R.: *Ethics in surgery: bedside teaching and learning*. Bull. Am. College Surg., 67 (7): 10, 1982.
145. Riedel M.: *La responsabilidad como problema ético*. Universitas, XXII: 131, 1984.
146. Riedel M.: *Ser y deber. Observaciones a la ética*. Universitas, XV (4): 241, 1978.

147. Rise W.: *La pensée morale en médecine*. Presses Universitaires France, 1, Ed., París, 1954.
148. Roding H.: *Voraussetzungen und Hemmnisse bei der Wahrnehmung ärztlicher Verantwortung in der Chirurgie*. Zbl. Chir., 110: 1238, 1985.
149. Rodríguez Palma B., Martínez S. M. y Niño L.: *Ley 21.541: algunas consideraciones jurídico-penales*. La Ley, Doctrina, C: 891, 1977.
150. Roemer M.: *Ética médica y orientación social de las enseñanzas de medicina*. Foro Mundial de la Salud, 3-4: 405, 1982.
151. Rojas N., Aráoz Alfaro G. y Houssay B.: *La formación del espíritu médico*. Ed. Círculo Méd. Argent., Bs. As., 1928.
152. Romero A.: *Ensayo crítico sobre la magnitud del ejercicio profesional del médico y su servicio comunitario permanente*. Rev. Argent. Cirug., 37: 273, 1979.
153. Rosner F.: *Modern medicine and jewish ethics*. Ed. Hoboken, New Jersey, 1986.
154. Rossier P.: *Ethique médicale et transplantation rénale*. Urol. Int. Basilea, 21: 141, 1966.
155. Russell B.: *Las responsabilidades sociales de los científicos*. Ética y ciencia, Bs. As., 1 (1): 5, 1987.
156. Rutkow I.: *¿Qué es cirugía innecesaria?* En: *Asistencia quirúrgica de la salud. Clínicas quirúrgicas de Norteamérica*. Ed. Interamericana, México, 4: 615, 1982.
157. Saas H. M.: *El Centro de Ética de Bochum y el Programa Europeo de Ética Profesional en Georgetown University*. Conferencia V Simposio Internacional de Bioética, Gonet, noviembre 1987.
158. Saas H. M.: *Ética de los trasplantes*. Conferencia V Simposio Internacional de Bioética, Gonet, noviembre 1987.
159. Saas H. M. y Viefhues H.: *Guía Bochum para la práctica ético-médica*. En: *V Simposio Internacional de Bioética*. Gonet, 1987.
160. Salessi L.: *Aspectos jurídicos de la muerte y de los trasplantes de órganos*. En: *La muerte en medicina*. Ed. Quirón, La Plata, 1978, pág. 180.
161. Salvat R.: *Responsabilidad civil de los médicos*. Conferencia Soc. Medicina Legal, La Ley, 8: 9, 1938.
162. Sanguinetti F.: *Creación del Comité de Ética del Hospital de Clínicas*. Resoluciones de la Dirección, Hosp. Clínicas, Bs. As., diciembre 1984.
163. Sanguinetti F.: *Normas éticas para la realización de planes de investigación clínica*. Resoluciones de la Dirección, Hosp. Clínicas, Bs. As., 1985.
164. Sanguinetti F.: *Reflexiones en torno a la historia de la medicina*. Rev. Fac. Cienc. Med., Univ. Nac. Córdoba, 39 (1-4): 81, 1981.
165. Sanguinetti F. y Fustinconi O.: *Normas éticas y deberes de los médicos en la actividad hospitalaria*. Comité de Ética, Hosp. Clínicas, Bs. As., mayo, 1985.
166. Santa Sede: *Documento sobre la eutanasia*. Diario La Nación, Bs. As., 26 de junio, 1980, pág. 12.
167. Santaló L.: *Aspectos de la ciencia*. Ética y ciencia, Bs. As., 1 (1): 15, 1987.
168. Santas A.: *Ética y educación en medicina*. En: *Ética en medicina*. Fund. A. J. Roemmers, 2ª Ed., Bs. As., 1986, pág. 35.
169. Schacht P. and Pemberton A.: *What is unnecessary surgery? Who shall decide? Issues of consumer sovereignty, conflict and self-regulation*. Soc. Scient. Med., 20: 199, 1985.
170. Schipperges H.: *Las antropologías en la historia de la medicina*. Quirón, 9: 61, 1980.
171. Schmitt W.: *Chirurgie und ärztliche Ethik*. Zbl. Chir., 106: 65, 1981.
172. Schwartz W.: *Decision analysis: a look at the chief complaints*. N. Engl. J. Med., 300: 556, 1979.
173. Sección Universitaria: *Sterbehilfe verboten*. DAAD Letter, 3: 7, 1987.
174. Secretaría de Estado de Salud Pública: *II Reunión Nacional sobre Políticas de Investigación en Salud*. Bs. As., noviembre, 1980.
175. Selvini A.: *¿Debe decirse la verdad al enfermo?* Día Méd., 43 (72): 1769, 1971.
176. Shaw A., Judson R. and Manard B.: *Ethical issues in pediatric surgery: a national survey of pediatricians and pediatric surgeons*. Pediatrics, 60 (4): 588, 1977.
177. Sociedad Internacional de Transfusión Sanguínea: *Código de ética para donación y transfusión de sangre*. Bol. Of. Sanit. Panamer., 1984, pág. 362.
178. Steinberg I.: *El hombre, el médico y Dios*. Ed. Tres Américas, Bs. As., 1974.
179. Sullivan W.: *Transplante de tejidos humanos*. Diario La Nación, Bs. As., 29 de julio, 1987.
180. Tannenbaum A.: *Research in prisons. Survey Research Center*. Folleto Inst. Social Research, Ann. Arbo University, Michigan, 1976.
181. Taverna Irigoyen J.: *Ética en cirugía*. Quirón, 15 (2-4): 44, 1984.
182. Taylor K., Margolese R. and Soskolne C.: *Physicians reasons for not entering eligible patients in a randomized clinical trial of surgery for breast cancer*. N. Engl. J. Med., 310 (21): 1363, 1984.
183. Teilhard de Chardin: *El futuro del hombre*. Ed. Harper & Row, New York, 1964, pág. 17.

184. Terán Lomas R.: *La Ley 21.541 sobre transplantes*. Jurisprudencia Argentina, Doctrina, III: 639, 1977.
185. Thielicke H.: *Wer darf leben? Der Arzt als Richter*. Ed. Rainer Wunderlich, Tübingen, 1968.
186. Tobías J.: *El consentimiento del paciente en el acto médico*. El Derecho, 93: 805, 1981.
187. Tobías J.: *En torno a la responsabilidad civil de los médicos*. El Derecho, 84: 827, 1979.
188. Torrelli M.: *Le médecin et les droits de l'homme*. Ed. Berger-Levrault, París, 1983.
189. Torres Torija J.: *Algunas consideraciones de ética en la cirugía*. Rev. Mexicana Cirug., Gin. y Cáncer, 29 (4): 109, 1961.
190. Trigo Represas F.: *La extensión del resarcimiento en la responsabilidad objetiva*. La Ley, Doctrina, C: 791, 1979.
191. Trigo Represas F.: *Responsabilidad civil de los médicos por el empleo de cosas inanimadas en el ejercicio de la profesión*. La Ley, Doctrina, B: 762, 1981.
192. Tristram Engelhardt H. (Jr.): *The foundations of bioethics*. Ed. Oxford Univ. Press, Oxford and New York, 1986.
193. Trotta R.: *Los límites éticos de la reanimación*. En: *La muerte en medicina*. Ed. Quirón, La Plata, 1978, pág. 185.
194. Valerga Aráoz J.: *Aspectos penales de la ley 21.541 de transplantes de órganos*. La Ley, Doctrina, A: 934, 1980.
195. Veath R.: *Medical ethics*. JAMA, 141 (3): 1400, 1979.
196. Vernejoul R. de: *Humanisme et chirurgie*. Médecine, France, 3: 196, 1964.
197. Veylon R.: *L'experimentation animale*. Nouvelle Presse Méd., 10 (6): 367, 1981.
198. Vignón C.: *Refus de transfusion sanguine par convictions religieuses*. Tesis de doctorado, Univ. Claude Bernard, 1980.
199. Warner K. and Luce B.: *Cost-benefit and cost-effectiveness analysis in health care. Principles, practice and potential*. Ed. Health Administration, Ann. Arbor, 1982.
200. Weinert H. and Brill R.: *Effectiveness of the tissue committee in raising surgical standards*. JAMA, 150: 992, 1952.
201. Weizsäcker C. von: *El problema de una ética del mundo técnico*. Universitas, XIX (2): 65, 1981.
202. Wolstenholme G. and O'Connor M.: *Ethics in medical progress: with special reference to transplantation*. Ciba Foundation, Ed. J. y A. Churchill, Londres, 1966.
203. Wynen A.: *The World Medical Association and medical ethics*. JAMA, 251 (8): 1039, 1984.
204. Wyrsh J.: *II Congreso Internacional de Etica Médica (Resúmenes)*. Documenta Geigy, Basilea, 1967.
205. Yáñez J.: *Tratamiento al fin de la vida*. 1º Encuentro Latinoamericano Médicos Católicos, Montevideo, noviembre 1987, en prensa.
206. Young R.: *Medical malpractice as seen from perspective of the physician's defense attorney*. New York State J. Med., 86 (7): 344, 1986.
207. Yungano A.: *La ley 21.541 de transplantes de órganos humanos*. El Derecho, 76: 779, 1977.
208. Yungano A.: *Honorarios médicos*. En: *Etica en medicina*. Fund. A. J. Roemmers, 2ª Ed., Bs. As., 1986, pág. 93.
209. Yungano A., López Bolado J., Poggi V. y Bruno A.: *Responsabilidad profesional de los médicos*. Ed. Universidad, Bs. As., 1982.
210. Zaffaroni R.: *Consentimiento y lesión quirúrgica*. Jurisprudencia Argentina, Doctrina, 1973, pág. 381.
211. Zarranz A.: *Difusión de temas médicos en los medios masivos de comunicación*. Prensa Méd. Argent., 68: 31, 1981.
212. Zavaleta D.: *Discurso en el día del médico*. Rev. A.M.A., 93: 2, 1980.
213. Zelen M.: *The randomization and stratification of patients to clinical trials*. J. Chronic Dis., 27: 365, 1974.
214. Zenker R.: *Von Arzt in unserer Zeit. (Discurso de despedida de la cátedra)*. Ed. J. F. Lehmanns, Munich, 1973.