

ESPECIALIDAD EN MEDICINA LEGAL

Directora de Carrera: Prof. Dra. Alicia Beatriz Vermé

TRABAJO FINAL INTEGRADOR: MUERTE DIGNA: LEGISLACION EN LA ARGENTINA. LOS CUIDADOS PALITIVOS COMO HERRAMIENTA EN LA INSTANCIA FINAL DE LA VIDA

ALUMNO: MARIA CECILIA MADEO

TUTOR DISCIPLINAR: DRES. MARIELA BERTOLINO, RICARDO SUSMAN

TUTOR METODOLÓGICO: DR GUILLERMO MACIAS

Año de Cohorte: 2017

Sede: BS AS



Calificaciones

Jurado 1:-----

Jurado 2:-----

Jurado 3:-----

Agradecimientos

- **A mis tutores** quienes desinteresadamente y con gran dedicación me acompañaron y guiaron en mi trabajo final integrador.
- **A la Dra. Alicia Verme** quien en forma incondicional estuvo presente en estos dos años de carrera.
- **A los docentes de la carrera de Medicina Legal** quienes me guiaron durante este camino.
- **A mis compañeros de cursada** quienes me ayudaron y me dieron fuerzas para seguir adelante y fueron un bálsamo en las dificultades

Dedicatorias

- **A mis padres:** Vicente Madeo y Beatriz Priano quienes me inculcaron valores como el trabajo, la humildad y la perseverancia.
- **A mi esposo e hijos** quienes me sostienen y acompañan en todo momento, la vida sería muy difícil sin ellos.
- **A mis maestros: Dra. Susana Carabelli, Dr. Ricardo Negroni, Dra. Cristina Iovannitti, Dr. Carlos Kaminsky, Graciela Fernández Blanco** quienes generosamente me brindaron sus conocimientos a lo largo de mi vida profesional

Índice

I.	Introducción:	6
	a. Planteamiento del Problema (pregunta problema) y su contextualización	
	b. Objetivos: General y Especifico	
	c. Marco conceptual	
II.	Metodología:	22
	a. Tipo de estudio	
	b. Ámbito de estudio	
	c. Muestra	
	d. Fuentes e instrumento de recolección de datos	
	e. Procesamiento y Análisis de la información	
III.	Resultados:	23
IV.	Discusión:	41
V.	Conclusiones:	43
VI.	Bibliografía:	44
VII.	Anexos:	46

I- INTRODUCCION

a) Planteamiento del problema y su contextualización

¿Cuál es el enfoque médico legal de intervención de los profesionales médicos en la instancia final de la vida? ¿Utilizan como herramienta en esta instancia los cuidados paliativos? ¿Conocen la existencia de la legislación argentina sobre muerte digna?

El tema elegido tiene una gran importancia y trascendencia desde el punto de vista médico y legal, ya que origina diversas opiniones jurídicas, filosóficas éticas, religiosas y médicas. La sanción de la ley de “MUERTE DIGNA” plantea el derecho a decidir sobre la instancia en el final de la vida, basado en la autonomía de la voluntad. Es fundamental que los profesionales de la salud en especial los médicos de todas las especialidades conozcan el contenido de dicha ley y de esta manera puedan ofrecerle al paciente y a su familia cuando se inicia el proceso de muerte la posibilidad de elegir de qué modo transcurrir este camino siendo acompañado y asistido por cuidados paliativos que es la opción recomendada cuando la enfermedad del paciente es incurable, procurándole al mismo una atención integral tanto desde el punto de vista físico como psíquico, atendiendo sus necesidades en forma integral.

b) Hipótesis: Los profesionales médicos del Hospital Tornú no conocen la legislación vigente sobre muerte digna en Argentina y no utilizan los cuidados paliativos como herramienta importante en la instancia final de la vida; predominando en la actualidad un modelo de medicina curativo

c) Objetivos generales y específicos

Objetivo general: Evaluar si los profesionales médicos conocen la existencia de las normas legales sobre muerte digna, el enfoque médico legal de intervención y el grado de utilización de los cuidados paliativos por parte de los médicos en un hospital público de la ciudad de Buenos Aires en situaciones de enfermedad terminal

Objetivos específicos

- Describir las características demográficas de los profesionales médicos a encuestar.
- Describir las normas legales sobre muerte digna en Argentina
- Determinar si los médicos conocen la existencia de normas legales sobre muerte digna y su contenido
- Evaluar qué tipo de modelo médico referencial predomina entre los médicos encuestados: la medicina basada en la curación de la enfermedad, o la medicina basada en el paciente
- Identificar los enfoques de los procedimientos de intervención de los médicos
- Valorar si los profesionales médicos conocen la modalidad de trabajo del servicio de cuidados paliativos, su grado de utilización y si creen que es una herramienta fundamental de acompañamiento en la instancia final de la vida.

d) Palabra claves: Muerte digna-Legislación Argentina-Cuidados Paliativos

e) Marco conceptual

La muerte forma parte de la vida, solo la muerte enseña a vivir; por lo tanto, resulta inevitable enfrentarse a ella (Urmeneta Ana,2015). La misma es una realidad cotidiana en el trabajo diario de los profesionales de la salud.

El fenómeno saliente de los tiempos que corren esta dado por el ocultamiento de la muerte, una actitud médica y jurídica que solo concibe la muerte desde una visión limitada en donde predomina la negación, el rechazo, la omnipotencia y la ausencia de consideración de los deseos y preferencias de los pacientes y sus familias (Maglio, Ignacio y col, 2015).

En las unidades de cuidados críticos en general la muerte transcurre en soledad, en ausencia de afectos y con el predominio de una tecnología deshumanizante. En este escenario se intenta aliviar el sufrimiento a pesar de las limitaciones.

En cambio, el proceso de morir extrahospitalario o en una unidad de cuidados paliativos requiere atención médica, pero especialmente acompañamiento afectivo y espiritual.

La falta de protagonismo del paciente y de su entorno en la toma de decisiones al final de la vida sigue siendo el escenario más frecuente.

Muchas veces los profesionales de la salud no saben afrontar ni la muerte ni el dolor (Maglio Ignacio y col, año 2015).

En general el médico como ser humano cada vez que debe enfrentar estas dos situaciones de un paciente lo hace también con su potencial muerte y con los miedos que ella provoca; de aquí surge la aparente frialdad con que muchas veces el profesional encara el dolor y el sufrimiento del otro (Bertolino Mariela y colab, 2014).

En la última década las decisiones al final de la vida se han desplazado de la triada familia-paciente-medico hacia el poder judicial. La muerte digna es hoy una cuestión significativa para el derecho que se adentró en su circunstancia en un intento por evitar o minimizar los conflictos que derivan de su implementación.

1) **LA MUERTE A LO LARGO DE LA HISTORIA**

Históricamente en los siglos V al XIII la muerte formó parte de lo cotidiano, fue percibida sin dramatismo ni temor (Aquino y colab, 2010). Era un fenómeno doméstico que se restringía a la familia, amigos y vecinos con la presencia del sacerdote. En general el médico no era llamado ni para confirmar la muerte (Aquino y colab, 2010).

En el siglo XIX la muerte comenzó a ser un paradigma, se le ocultaba al enfermo la gravedad de su enfermedad para protegerlo. Se lo asistía en el hogar y los acompañantes turbados por la emoción lloraban y gesticulaban con gran demostración de dolor. La muerte era un rito (Avalos Evelyn, 2014).

A partir del siglo XX la evolución de la medicina promovió la reducción de la tasa de natalidad y la ampliación de la esperanza de vida. En este contexto la muerte vivida en casa y en presencia de la familia dejaba de ser aceptable, (Luper, S, 2010).

La medicina ejerció un papel muy importante en ese fenómeno de apartar la muerte del ámbito doméstico, en esta etapa se observó una tendencia de la simplificación de los rituales relacionados con la muerte como funerales más rápidos, aumento en el número de cremaciones y un periodo menor en la superación del luto. Es aquí donde los profesionales de la salud comenzaron a convivir con la idea de muerte digna o buena muerte (Motta, Inés, 2016).

2) **SOBRE LA DIGNIDAD:**

La dignidad alude a un valor absoluto e intrínseco a la persona, lo que la convierte en fuente de respeto y de cuidado. La dignidad puede ser desconocida o reconocida; pero no se otorga ni quita a nadie. Fue Pico della

Mirandola, en el renacimiento, en su discurso sobre la dignidad del hombre que destaca lo que será más adelante el rasgo característico de la persona: la dignidad que le viene dada por su libertad. Con ese precedente Kant fundamenta lo esencial de la persona, su dignidad es la libertad o su autonomía. Va más lejos al insistir en que la autonomía no solo es el fundamento de la dignidad, sino que su ejercicio es un deber.

Para Kant lo que convierte a la persona en dignamente humana no es la capacidad de sentir, pues esta no depende de nosotros y nos equipara con los animales. Tener unos sentimientos u otros no depende de nuestra voluntad, pero si en convertirlos en la voz cantante de nuestra vida.

En resumidas cuentas, la persona goza de una dignidad en sentido laxo pasivo al tener la facultad de determinarse por ella misma; más la dignidad en sentido estricto solo se logra en el permanente ejercicio de la autonomía. (Benito E y colaboradores, 2014).

3) **MUERTE DIGNA:**

Los avances tecnológicos relacionados con la medicina además de ofrecer beneficios para la salud del paciente logran controlar el proceso de muerte, este evento que en general ocurría en casa junto a la familia se desplaza hoy al ámbito hospitalario donde en general el paciente se encuentra solo, (Maglio Ignacio y Colab, 2014).

Estos avances científicos alcanzan al hospital contando con profesionales aptos para lidiar con los aspectos biológicos de la vida, sin embargo, a pesar de estos progresos estos profesionales aun presentan limitaciones en lo que se refiere a su relación con el paciente terminal, (Blanco Luis, 1997).

La realización de intervenciones terapéuticas autorizadas solo por familiares sin conocimiento del paciente implica la pérdida de su dignidad, ya que el enfermo impedido para decidir por sí mismo deja de ejercer su autonomía. (Mota, Inés 2016).

Resulta difícil aceptar la muerte ya que esta no es solo un evento de interés médico, sino que es un acontecimiento de interés personal, cultural y religioso.

4) **CONCEPTO DE EUTANASIA, DISTANASIA Y ORTOTANASIA.**

EUTANASIA: consiste en ayudar a una persona gravemente enferma a tener una muerte humanamente digna en correspondencia con su voluntad y sus propias convicciones, es considerada por algunos autores como “la praxis de la muerte asistida”. Se la puede considerar bajo dos criterios: el criterio amplio considera que eutanasia es colaborar para producir la muerte de una persona que puede vivir más tiempo, pero que voluntariamente no lo desea. El criterio

restringido considera que eutanasia es ayudar a morir a una persona una vez comenzado el proceso de muerte.

La palabra eutanasia proviene del griego: EU: bien; y TANATO: muerte y quiere decir buena muerte o buen morir.

Concretamente es la acción de provocar una muerte fácil y sin dolores a un paciente que está próximo a morir por causa de una enfermedad terminal, (Patito j; Guzmán C: agosto 2005).

Tipos de eutanasia: Podemos clasificarla en eutanasia directa con sus formas activas y pasivas; o eutanasia indirecta o de doble efecto.

-Eutanasia directa: es cuando se adelanta la hora de la muerte en caso de enfermedad incurable, es activa cuando se utilizan fármacos letales o morfina. Se llama pasiva cuando no se tratan las complicaciones de base o no se alimenta al paciente vía parenteral. Esta clasificación no es aceptada en general ya que solo se considera eutanasia a la forma activa.

-Eutanasia indirecta: es toda acción terapéutica que tiene como efecto secundario provocar la muerte, como por ejemplo la administración de analgésicos, morfina etc. Medida cuya intención no es acortar la vida sino evitar el sufrimiento, siendo la muerte la consecuencia no deseada de la terapia empleada; acción vinculada con el llamado “doble efecto”, o sea resultado previsto, pero no buscado, (Carpizo J, Valadez D 2008).

ORTOTANASIA: dejar morir sin emplear medios desproporcionados o extraordinarios. Se utiliza en la actualidad la denominación “MUERTE DIGNA” en reemplazo del término original para destacar la condición de dignidad del enfermo y no la voluntad de morir, (Caputi, E, 2015)

DISTANASIA: encarnizamiento terapéutico. Es la prolongación innecesaria de la agonía mediante el empleo irracional de medios terapéuticos cuando el pronóstico y la evolución del enfermo son ominosos, el proceso de muerte ha comenzado y esta se produce en un plazo relativamente corto.

TESTAMENTO VITAL O DIRECTIVAS ANTICIPADAS

Es la declaración de voluntad que cualquier persona que posea capacidad, voluntad y discernimiento, puede realizar en algún momento de su vida dejando instrucciones sobre los cuidados que desea recibir y/o rechazar en caso de padecer un grave accidente o en una enfermedad que lo deje en un estado discapacitante de inconciencia o estado vegetativo, (Carpizo Valadés D.2008)

5) EUTANASIA Y MUERTE DIGNA EN EL MUNDO:

Holanda es el primer país que en el 2001 sanciona una ley que aprueba la eutanasia activa. Su nombre es:” Ley de la terminación de la vida a petición propia y de auxilio al suicidio”.

Esta ley tiene las siguientes condiciones esenciales para su aplicación: a) que el médico ha llegado al convencimiento de que la petición del paciente es voluntaria y bien meditada. b) que el sufrimiento del paciente es insoportable y sin esperanza de mejoría. c) que ha informado al paciente de la situación en la que se encuentra y de sus perspectivas de futuro) que ha llegado al convencimiento junto con el paciente que no existe ninguna otra solución razonable. e) que ha consultado por lo menos con un médico independiente que vió al paciente y que emitió su dictamen por escrito sobre el cumplimiento de los requisitos señalados precedentemente. f) finalmente se ha llevado a cabo la terminación de la vida o el auxilio al suicidio con el máximo cuidado y esmero profesional posible. Anualmente un comité de expertos analiza la conducta de los médicos que participaron en estos casos. (Pool,2004, Weyers,2006)

En otros países la situación es la siguiente:

-Estados Unidos: en Oregón se aprobó en 1997 una ley llamada “Muerte con dignidad” que permite el suicidio asistido de los enfermos terminales.

-En Italia, Inglaterra, y Alemania no está permitido

-Francia se acepta en casos excepcionales

-Australia. La ley fue derogada en 1997, habiendo sido sancionada en 1996

-Dinamarca: desde 1992 existe el testamento biológico en el que las personas dejan expresada su voluntad que en caso de enfermedad irreversible no se la trate

-Bélgica: Luego de la sanción de la ley en Holanda el parlamento belga sancionó una ley que permite la eutanasia, pero con restricciones, (Caputi, E, 2015).

Luxemburgo: la ley sobre eutanasia y suicidio asistido del 16 de marzo del 2009 la enuncia como el acto practicado por un médico, que pone fin intencionadamente a la vida de una persona a la demanda expresa y voluntaria de esta, (Fernández Sessarego C.2011).

-Canadá, (Quebec), la ley sobre los cuidados al final de la vida del 10 de junio del 2014 denomina a la eutanasia como el eufemismo “ayuda médica para morir”, a la que define como el cuidado consistente en la administración de medicamentos o sustancias por un médico a una persona al final de la vida, a petición de esta, con el fin de aliviar sus padecimientos, que llevan a la muerte.

(Fernández Sessarego C.2011)

6) EUTANASIA Y MUERTE DIGNA EN AMERICA LATINA

En América Latina, la corte constitucional de Colombia autoriza el recurso de la eutanasia para enfermos terminales en 1997, despenalizando el homicidio por

piedad, pero hasta la fecha no fue validada por el Congreso. Por su parte Uruguay aprueba en 2009 una ley que permite a los pacientes adultos y capaces con enfermedades terminales rechazar tratamientos y prescindir de intervenciones que lo mantengan con vida, y cuando estos no puedan decidir autoriza a los familiares a tomar las decisiones. (Alonso J, Luxado N.2014). No se encontraron datos que indiquen la presencia de leyes de eutanasia en otros países de América latina.

7) MUERTE DIGNA EN ARGENTINA

ANTECEDENTES LEGISLATIVOS Y JURISPRUDENCIA.

Si bien no es hasta el año 2011 que la gestión médica del final de la vida se constituyó como un tópico de debate público en Argentina, es posible identificar varios antecedentes en torno a la temática (tanto legislativos como judiciales) en las últimas décadas. El primer antecedente de relevancia se registró en 1996 –año en que fue legalizada la eutanasia en el Territorio Norte de Australia–, cuando se presentaron los primeros proyectos de ley y se produjo el primer debate parlamentario en el país. Estas iniciativas se inspiraron en un caso (el “caso Parodi”) que llegó a la justicia, esta avaló la negativa de un paciente a que los médicos le amputaran una pierna para salvar su vida. En esta línea, el anteproyecto que fue discutido se centraba en garantizar el derecho de pacientes terminales a rechazar tratamientos que alargaran su vida, y su alcance se restringía a pacientes adultos y que no tuvieran comprometida su capacidad de decidir. El proyecto descartaba explícitamente la “eutanasia” –tanto la aplicación de una inyección letal como la desconexión de máquinas que permitan mantener viva a una persona–; y tampoco incluía los casos de menores con enfermedades terminales ni los de personas que no fueran capaces de expresar sus decisiones. El proyecto llegó a discutirse en la Cámara de Diputados, pero fue devuelto a las comisiones, debido a que se consideró que se trataba de una iniciativa innecesaria, y a que podía inducir a decisiones contrarias a los intereses de personas vulnerables en pos de reducir costos al sistema de salud. A partir de esa fecha la presencia de proyectos en el Congreso Nacional que trataban sobre los derechos de los pacientes terminales fue constante, y las temáticas (y lenguajes) abordados en los proyectos en parte reflejaban los debates que se sucedieron internacionalmente en torno a casos resonantes, como el de Terri Schiavo en los Estados Unidos. Ninguno de los proyectos presentados tuvo como objetivo autorizar la eutanasia o el suicidio asistido –la mayoría señalaba de manera explícita que rechazaba estas prácticas o que no eran objeto de legislación de los proyectos–, sino garantizar el derecho de los pacientes a rechazar o a limitar medidas terapéuticas, y la regulación de este derecho cuando el

paciente no pudiera decidirlo por sí mismo. En este período, además de las temáticas que fueron sumándose como objeto de legislación (testamentos vitales, cuidados paliativos, etc.), fue relevante observar las modificaciones en las justificaciones, como la adopción en los últimos años del lenguaje de los “derechos humanos” y la afirmación del valor de la autonomía de los pacientes. En el país también existió jurisprudencia sobre estos temas, tanto respaldando como impidiendo la suspensión de medidas de soporte vital. Por nombrar algunos casos, en 2005 la Corte Suprema de la provincia de Buenos Aires se opuso al pedido de retiro de la hidratación y la nutrición de una mujer que quedó en estado vegetativo permanente luego de dar a luz en 1998, realizada por su marido dos años después. La familia de la mujer se oponía a esa medida. En línea con el caso Parodi, en 2005 un fallo judicial dió

validez al testamento vital de una mujer con una enfermedad degenerativa en la ciudad de Mar del Plata, que pedía que no se le practicaran métodos invasivos cuando su enfermedad progresara. La mujer asentó su decisión en el Registro de Actos de Autoprotección, creado por el Colegio de Escribanos de Buenos Aires, luego de que los médicos le informaran que en un futuro deberían practicarle una traqueotomía o alimentarla artificialmente para mantenerla con vida. En 2006, la justicia de la provincia de Neuquén avaló el pedido de los padres de un niño de 11 años que padecía una enfermedad crónica y progresiva, quienes recurrieron a la justicia de manera preventiva para que no se prolongara artificialmente la vida de su hijo en caso de que la enfermedad llegara a estadios críticos. El antecedente más importante es sin dudas la sanción de las leyes de “muerte digna” (como fueron llamadas) en las provincias de Río Negro y Neuquén, en los años 2007 y 2008 respectivamente, que reconocen el derecho de las personas con enfermedades terminales a interrumpir o rechazar tratamientos que prolonguen su vida de forma artificial, a la vez que garantizan las medidas tendientes al alivio del dolor y el sufrimiento y obligan a los establecimientos de salud públicos y privados a contar con servicios de cuidados paliativos. En esta línea, en 2009 fue sancionada a nivel nacional la Ley 26.529 de Derechos de los Pacientes, que faculta a los mismos a aceptar o rechazar terapias o procedimientos médicos, así como avala las directivas anticipadas para consentir o rechazar tratamientos, “salvo las que implican desarrollar prácticas eutanásicas”, salvedad que dejaba potencialmente por fuera las prácticas legalizadas en ambas provincias, al tratarse de una cuestión de interpretación si el rechazo de los tratamientos constituía o no una práctica eutanásica.

LEY DE MUERTE DIGNA

Los debates públicos recientes en torno a la gestión médica al final de la vida, así como las iniciativas legislativas que culminaron en la sanción de la ley en

2012, fueron movilizados por casos que tomaron estado público a lo largo del año 2011. La aparición en los medios de los casos de Melina González y Camila Sánchez avivaron el debate público sobre la terminación de la vida y los derechos de los pacientes, dándole una visibilidad al tema en gran medida inédita en el país, con la particularidad de que fueron las propias protagonistas (tanto Melina como la madre de Camila) quienes impulsaron activamente la aprobación de una ley que amparara estas situaciones, apelando a un discurso de derechos. El primer caso que tomó estado público (y llamó la atención de los legisladores) fue el de Melina González. En marzo de 2011, Melina, de 19 años, murió internada en un hospital público de la Ciudad de Buenos Aires, a causa de una enfermedad degenerativa. Debido al avance de la enfermedad, Melina había solicitado a los médicos que la atendían que aliviaran sus dolores por medio de una sedación paliativa, tratamiento farmacológico que busca disminuir los niveles de conciencia en el final de la vida. La sedación fue negada por los médicos que la trataban (consideraban que el pronóstico de Melina no era terminal como para ameritar esa medida), quienes sostuvieron la necesidad de una intervención judicial para dar curso al pedido. El caso apareció en los medios de comunicación en febrero (sólo el diario Página/12 publicó la noticia), a través de los cuales Melina demandó de manera pública una medida para evitar el sufrimiento en el final de la vida, y reclamó a los legisladores por la sanción de una ley de “muerte digna” que amparara casos como el suyo. El pedido de Melina González encontró eco en algunos legisladores (el diputado Miguel Bonasso y el senador Samuel Cabanchik presentaron proyectos de ley que citaban en los considerandos las declaraciones de Melina), pero el tema terminó de instalarse en el espacio público cuando los medios divulgaron el caso de Camila Sánchez. En agosto de 2011 la madre de Camila Sánchez contaba el caso de su hija en varios medios. Por entonces una beba de dos años, Camila se encontraba en estado vegetativo permanente debido a la falta de oxígeno sufrida luego de los intentos de reanimación tras un paro cardiorrespiratorio al momento del parto. Luego de un año sin evoluciones en el estado de salud de Camila, y avalados por dictámenes de varios Comités de Ética, los padres demandaron a los médicos que se le retirara el respirador que la mantenía con vida, quienes se negaron argumentando limitaciones legales y la necesidad de contar con la autorización de un juez para tomar alguna decisión en ese sentido. En lugar de judicializar el caso, y resolverlo en forma individual, la madre de Camila buscó visibilizar la historia de su hija y demandar la sanción de una ley.

El trámite legislativo que terminó con la sanción de la ley estuvo ligada a la publicidad de estos casos y a la demanda explícita de los protagonistas, pacientes y familia.

El caso Melina González impulsó a varios legisladores a presentar distintos proyectos para regular el derecho de los pacientes al final de la vida. Uno de los anteproyectos señalaba en los considerandos las últimas palabras de Melina. Antes de fallecer la adolescente le dijo a su madre: “yo necesito hacerle entender a la humanidad que la muerte digna no es una palabra, es un paso a la eternidad que todos nos hemos ganado” (Alonso Juan, 2014)

LEY 26.742 Sancionada: mayo 9 de 2012 Promulgada de Hecho: mayo 24 de 2012 Fecha de publicación: B.O. 24/05/2012 El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc. sancionan con fuerza de Ley: ARTICULO 1º — Modificase el inciso e) del artículo 2º de la Ley 26.529 — Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud— el que quedará redactado de la siguiente manera: e) Autonomía de la voluntad. El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad. Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a intervenir en los términos de la Ley 26.061 a los fines de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud. En el marco de esta potestad, el paciente que presente una enfermedad irreversible, incurable o se encuentre en estadio terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, informado en forma fehaciente, tiene el derecho a manifestar su voluntad en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital cuando sean extraordinarias o desproporcionadas en relación con la perspectiva de mejoría, o produzcan un sufrimiento desmesurado. También podrá rechazar procedimientos de hidratación o alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible o incurable. En todos los casos la negativa o el rechazo de los procedimientos mencionados no significará la interrupción de aquellas medidas y acciones para el adecuado control y alivio del sufrimiento del paciente. ARTICULO 2º — Modificase el artículo 5º de la Ley 26.529 —Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud— el que quedará redactado de la siguiente manera: Artículo 5º: Definición. Entiéndase por consentimiento informado la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales, en su caso, emitida luego de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada con respecto a: a) Su estado de salud; b) El procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos; c) Los beneficios esperados del procedimiento; d) Los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles; e) La

especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto; f) Las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados; g) El derecho que le asiste en caso de padecer una enfermedad irreversible, incurable, o cuando se encuentre en estadio terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital, cuando sean extraordinarios o desproporcionados en relación con las perspectivas de mejoría, o que produzcan sufrimiento desmesurado, también del derecho de rechazar procedimientos de hidratación y alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible e incurable; h) El derecho a recibir cuidados paliativos integrales en el proceso de atención de su enfermedad o padecimiento. ARTICULO 3º — Modifícase el artículo 6º de la Ley 26.529 —Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud— el que quedará redactado de la siguiente manera: Artículo 6º: Obligatoriedad. Toda actuación profesional en el ámbito médico-sanitario sea público o privado, requiere, con carácter general y dentro de los límites que se fijen por vía reglamentaria, el previo consentimiento informado del paciente. En el supuesto de incapacidad del paciente, o imposibilidad de brindar el consentimiento informado a causa de su estado físico o psíquico, el mismo podrá ser dado por las personas mencionadas en el artículo 21 de la Ley 24.193, con los requisitos y con el orden de prelación allí establecido. Sin perjuicio de la aplicación del párrafo anterior, deberá garantizarse que el paciente en la medida de sus posibilidades, participe en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario. ARTICULO 4º — Incorporase en el artículo 7º de la Ley 26.529 el siguiente inciso: f) En el supuesto previsto en el inciso g) del artículo 5º deberá dejarse constancia de la información por escrito en un acta que deberá ser firmada por todos los intervinientes en el acto. ARTICULO 5º — Modifíquese el artículo 10 de la Ley 26.529 —Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud— el que quedará redactado de la siguiente manera: Artículo 10: Revocabilidad. La decisión del paciente, en cuanto a consentir o rechazar los tratamientos indicados, puede ser revocada. El profesional actuante debe acatar tal decisión, y dejar expresa constancia de ello en la historia clínica, adoptando para el caso todas las formalidades que resulten menester a los fines de acreditar fehacientemente tal manifestación de voluntad, y que la misma fue adoptada en conocimiento de los riesgos previsibles que la decisión implica. Las personas mencionadas en el artículo 21 de la Ley 24.193 podrán revocar su anterior decisión con los requisitos y en el

orden de prelación allí establecido. Sin perjuicio de la aplicación del párrafo anterior, deberá garantizarse que el paciente, en la medida de sus posibilidades, participe en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario. ARTICULO 6º — Modifíquese el artículo 11 de la Ley 26.529 — Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud— el que quedará redactado de la siguiente manera: Artículo 11: Directivas anticipadas. Toda persona capaz mayor de edad puede disponer directivas anticipadas sobre su salud, pudiendo consentir o rechazar determinados tratamientos médicos, preventivos o paliativos, y decisiones relativas a su salud. Las directivas deberán ser aceptadas por el médico a cargo, salvo las que impliquen desarrollar prácticas eutanásicas, las que se tendrán como inexistentes. La declaración de voluntad deberá formalizarse por escrito ante escribano público o juzgados de primera instancia, para lo cual se requerirá de la presencia de dos (2) testigos. Dicha declaración podrá ser revocada en todo momento por quien la manifestó. ARTICULO 7º — Incorporase como artículo 11 bis de la Ley 26.529 —Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud— el siguiente texto: Artículo 11 bis: Ningún profesional interviniente que haya obrado de acuerdo con las disposiciones de la presente ley está sujeto a responsabilidad civil, penal, ni administrativa, derivadas del cumplimiento de esta. ARTICULO 8º — Comuníquese al Poder Ejecutivo Nacional. DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, A LOS NUEVE DIAS DEL MES DE MAYO DEL AÑO DOS MIL DOCE. —REGISTRADA BAJO EL N.º 26.742 — AMADO BOUDOU. — JULIAN A. DOMINGUEZ. — Gervasio Bozzano. — Juan H. ESTRADA. (Código civil)

8) CUIDADOS PALIATIVOS COMO HERRAMIENTA DE ACOMPAÑAMIENTO EN LA INSTANCIA DEL FINAL DE LA VIDA.

Según la OMS, (2002), los cuidados paliativos (CP) son un modelo de atención que mejora la calidad de vida de los pacientes con enfermedades avanzadas de pronóstico letal y la de sus familias, por medio de la prevención y el control del sufrimiento con la identificación precoz, la evaluación, los tratamientos adecuados del dolor y otros problemas psíquicos, psicosociales y existenciales.

Entre sus características principales podemos destacar:

- Proporcionan control del dolor y otros síntomas
- Afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal.
- No intentan adelantar ni retrasar la muerte
- Integran los aspectos psicológicos y existenciales de la atención del paciente.

- Ofrecen un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible.
- Ofrecen un sistema de apoyo para ayudar a la familia en su adaptación durante la enfermedad del paciente y el periodo del duelo.
- Utilizan el trabajo en equipo para satisfacer las necesidades de los pacientes y sus familias inclusive durante el duelo.
- Aumentan la calidad de vida y también pueden influir en forma positiva en el curso de la enfermedad (OMS, 2002).

La naturaleza y la importancia de los CP como un componente esencial de la atención son cada vez más reconocidos por los profesionales de la salud, la comunidad y los responsables de la planificación sanitaria.

En Argentina la evolución de los CP en los últimos 20 años ha sido realmente significativa; sin embargo, se estima que sólo lo reciben entre el 1 y el 5 % de los pacientes que los necesitan. La mayoría de nuestra población no tiene acceso adecuado a los CP lo que se traduce en un sufrimiento innecesario. La disponibilidad y la accesibilidad aún son limitadas. Las causas de este déficit son numerosas, pero una de ellas es que la mayoría de los servicios de CP se encuentran en los centros de atención de segundo y tercer nivel de complejidad, y otra es la escasa formación del nivel primario de atención en esta temática.

El modelo de atención de cuidados paliativos permite dar respuesta a las necesidades del paciente y de su familia y que surgen en muchas enfermedades, desde el diagnóstico y durante su transcurso y evolución, haciendo hincapié en una atención progresiva.

Las necesidades del paciente dependerán del grado de sufrimiento o del deterioro de la calidad de vida en relación con su patología. Esto es variable de un momento a otro, por lo que es indispensable la evaluación sistemática y la flexibilidad de la atención, a fin de resolver la necesidad del paciente lo antes posible.

Las bases terapéuticas de los cuidados paliativos son:

- Atención integral e individualizada: realizando una evaluación multidimensional con valoración de los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales.
- La unidad de tratamiento está conformada por los pacientes y sus familias o entorno significativo y el núcleo fundamental de apoyo reside tanto en el domicilio como en el hospital.
- La toma de decisiones está basada en la autonomía y la dignidad del paciente

- Actitud terapéutica activa, readecuando los objetivos terapéuticos con el transcurso de la enfermedad, con actitud esperanzadora.
- El fomento del respeto, el confort y la comunicación entre el paciente y la familia y el equipo de salud. (OMS,2002)

DERECHOS DEL PACIENTE:

- A ser informado verazmente sobre su enfermedad.**
- A rechazar información sobre su enfermedad.**
- Al alivio del dolor**
- A ser respetado en sus valores y creencias**
- A ser escuchado**
- A ser atendido como una persona y no como un cuerpo**
- A tomar decisiones sobre su enfermedad y el tratamiento.**
- A recibir cuidados paliativos**
- A que su intimidad sea respetada**
- A que la familia sea incluida en la atención brindada**
- A mantener la esperanza**
- A respetar su autonomía**
- A vivir y morir con dignidad.**

(Minatel M , 2014).

ASPECTOS ETICOS Y TOMA DE DECISIONES EN LA ATENCION PALIATIVA

La bioética está orientada a resolver mediante el entendimiento los problemas morales de toda demanda por necesidad en el cuidado de la vida (Mainetti, 1991). este objetivo implica reconocer que la ética de los CP es aquella de las ciencias médicas en general, aunque es preciso identificar cuáles son las necesidades específicas que surgen en el contexto del final de la vida.

Es aquí donde aparece una dualidad: la preservación de la vida y el alivio del sufrimiento. En el final de la vida es el alivio del sufrimiento el que adquiere mayor importancia. Por tal motivo una estrategia terapéutica apropiada para un enfermo agudo se torna inapropiada en la etapa terminal.

El marco teórico de la bioética que mejor se relaciona con los CP es la denominada ética del cuidado, que pone el acento en la situación, el contexto y el vínculo empático, antes que en principios, reglas y normativas. No se trata de ignorar la existencia de estos principios, sino de su apropiada relación con la vida humana y con la realidad del sufrimiento.

En el proceso de toma de decisiones en el final de la vida se involucran tres dicotomías que deben ser consideradas en forma equilibrada:

-Los beneficios potenciales del tratamiento deben ser balanceados contra los riesgos potenciales.

-La decisión de preservar la vida debe confrontarse cuando ello se vuelve biológicamente imposible, con la provisión de confort en el proceso de morir.

-Las necesidades del individuo deben balancearse con aquellas de la sociedad. (Tealdi,1996)

TOMA DE DECISIONES INFORMADAS

Deben hacerse todos los esfuerzos para fortalecer la autonomía del paciente y de la familia a través de su participación en el proceso de toma de decisiones y para dar una explicación honesta y simple de los tratamientos, de tal manera que el paciente junto a su familia pueda expresar el consentimiento informado o rechazo informado. Siempre es importante brindarle al enfermo una sensación realista y continua de estar respaldados, proveyéndole consejos apropiados y ayuda práctica. La solicitud de consentimiento o rechazo informado presupone una comunicación veraz y confidencial, y se sustenta en tres requisitos fundamentales: 1) la competencia plena del paciente, 2) la información veraz sobre el tratamiento,3) la libertad de decisión. (Zanier, 1996)

En el marco del sufrimiento en el final de la vida, es una prioridad fortalecer la libertad de decisión a través de la resolución de aquellas necesidades básicas que, estando insatisfechas, se convierten en coacción y fuente de conflicto:

El alivio del dolor y los síntomas físicos que lo acompañan es una realidad harto frecuente que todavía no recibe respuestas eficientes. La soledad, la incertidumbre, el desasosiego suelen ser parte de esta escena huérfana de alivio.

La angustiante experiencia de un paciente que solicita su muerte, o aun que comete suicidio, está en general relacionada con el dolor y la depresión psíquica no controlados. La provisión de CP es la respuesta adecuada de la sociedad a las preocupaciones de la gente sobre el cuidado y confort al final de la vida (Kung y jens,1997).

Los profesionales de la salud, en especial los médicos, debemos comprender el significado del éxito terapéutico; ello se trata de alcanzar un beneficio terapéutico para el paciente considerado como un todo y no simplemente como una enfermedad que afecta a un órganos o sistema. No se limita a la pregunta tratar o no tratar, sino que responde a cuál es el tratamiento más adecuado para indicar a un paciente sobre la base de un

pronóstico biológico, los objetivos, efectos adversos, y las circunstancias personales y sociales de cada enfermo, (Gracia Guillen 1991).

TRATAMIENTOS CURATIVOS Vs CUIDADOS PALIATIVOS

Esta ética y jurídicamente justificado discontinuar el uso de técnicas para prolongar la vida cuando la aplicación significa una carga o sufrimiento para el paciente. La vida no es un bien absoluto: no existe una obligación de emplear tratamientos cuando estos prolongan la agonía. Llega un momento, un tiempo distinto para cada paciente, en que los esfuerzos basados en la tecnología pueden interferir con el bienestar del paciente, (Cassem 1976).

En la mayoría de los países latinoamericanos es todavía más frecuente que se ofrezca a los pacientes tratamientos con intención curativa o para controlar la enfermedad. Aquellas terapéuticas se justifican cuando:

- La curación es medicamente posible.
- Existe probabilidad demostrada de prolongar la vida en forma significativa.
- En el contexto de la investigación clínica con nuevos métodos potencialmente efectivos, con el marco académico ético y legal de la investigación.

La necesidad médica es aquello que la medicina puede hacer para responder a lo que las personas reclaman como necesario. Este cuidado mínimo y necesario abarca las acciones que han demostrado proveer un beneficio significativo sobre la salud. La provisión de CP ha demostrado pertenecer a este conjunto de medidas, (Roy,1997).

La implementación de cuidados paliativos para el control de los síntomas puede, a veces, acelerar la muerte. Un tratamiento paliativo con efectos adversos significativos es ética y legalmente aceptable si el objetivo es hacer el bien, aliviando el sufrimiento. (Law Reform Commission of Canadá 1983). Esta consideración ética de rectitud moral conocida como principio del segundo efecto, presupone la validez científica y la pericia técnica en la implementación del tratamiento: No puede justificarse moralmente la sedación de un paciente a través de un coctel de múltiples fármacos o en dosis excesivas, puesto que se trata de un acto de impericia médica.

“Los CP son la opción recomendada cuando la enfermedad del paciente es incurable y los tratamientos agresivos para prolongar la vida pueden producir morbilidad exagerada o alto costo personal, con escaso beneficio significativo. Esta recomendación se basa no solo en elementos científicos y morales del cuidado del enfermo, sino también en una ética social relacionada con el principio de justicia (Manzini, 1997)

Para afianzar las decisiones más adecuadas al final de la vida será necesario que quienes desarrollan las normativas éticas y quienes estén al lado del paciente mantengan una comunicación más fluida alentando la discusión interdisciplinaria de temas éticos y que se tenga la voluntad de avanzar hacia los cambios en la practicas y políticas de salud.

II- Metodología

a) Tipo de estudio

Se realizó un estudio mixto de revisión de bibliografía y de campo, ya que se aplicaron encuestas a la población en estudio. Fue un estudio descriptivo transversal

b) Ámbito del estudio:

el mismo se realizó en el Hospital General de Agudos Enrique Tornú

c) Muestra

La población blanco fue la de todos los profesionales médicos hombre y mujeres de todas las nacionalidades que trabajaban en el Hospital Tornú y se encontraban en actividad durante los 60 días que se utilizaron para realizar la encuesta. La misma se aplicó a una muestra de médicos de la población blanco utilizando una técnica de muestreo de tipo no probabilística por conveniencia. El tamaño de la muestra fue de 100 médicos (33% del total de médicos del Hospital).

d) Criterios de inclusión

Todos los profesionales médicos que realizaban su actividad en el Hospital Tornú remunerada o no y aceptaron mediante consentimiento informado participar de dicha encuesta. Se registró el porcentaje de los profesionales a los que se les ofreció la encuesta y se negaron a participar

e) Criterios de exclusión:

Aquellos profesionales que estaban realizando el internado obligatorio.

f) Fuente e instrumento de recolección de datos: Se utilizaron fuentes primarias

Se aplicó una encuesta ad-hoc para valorar el grado de conocimiento que tenían sobre dicha legislación, sobre los cuidados paliativos como herramienta en la instancia final de la vida. Además, se preguntó sobre qué modelo de

atención creían los profesionales que predominaba en el Hospital Tornú: la medicina basada en la enfermedad o en el paciente como un todo.

Se aplicó una encuesta cerrada, no validada. Se repartieron en total 140 encuestas en los distintos servicios siendo retiradas a las 48 hs (ver anexo 1). Se realizó a médicos de todos los servicios que cumplían funciones en el Hospital Tornú, sea esta remunerada o no y que mediante consentimiento informado (Anexo3) quisieron participar voluntariamente. Se registraron 40 médicos que decidieron no contestar la encuesta

g) Procesamiento y análisis de información

Programas estadísticos:

Se utilizaron los programas Excel, Stata, Spss.

Análisis:

Se realizó un análisis univariado de frecuencia de las respuestas obtenidas, calculando frecuencias absolutas y relativas. Además, se estratificaron los resultados según diferentes características sociodemográficas (Anexo 2).

Aspectos éticos

La encuesta se respondió en forma voluntaria en el transcurso de 60 días, las mismas se dejaron en los distintos servicios y se retiraron a las 48 hs. Se hizo la inclusión de los participantes mediante la aplicación de un consentimiento informado (Anexo 3). La autorización se le pidió al comité de docencia e investigación y a la secretaria de Bioética mediante nota

El trabajo fue evaluado por el Comité de Ética del Hospital E. Tornú.

Se publicaron los resultados generales respetando la confidencialidad e intimidad de los participantes. No publicándose ningún dato personal que pueda identificarlos.

El proyecto se condujo según la Ley 3301/09 MSGC y las normativas vigentes a las que esta adhiere.

III- Resultados:

1) Características de la población medica estudiada

Se encuestaron a 100 profesionales médicos, se repartieron 140 encuestas, 64 del sexo femenino y 36 del sexo masculino, (64% y 36% respectivamente), que se distribuyeron en edades entre 25 y 65 años, con un mayor porcentaje entre los 25 -29 (19%),30-34(20%) Las especialidades que participaron con un mayor porcentaje fueron Clínica Medica (24%), y cirugía (16%). Las especialidades que obtuvieron menos

del 5 % de médicos encuestados fue de 36 %. El 45% de los médicos que contestaron la encuesta tenían entre 0 y 9 años de ejercicio de su profesión

Tabla1-1: distribución por edad

Edad	N	%
25-29	19	19%
30-34	20	20%
35-39	11	11%
40-44	8	8%
45-49	7	7%
50-54	13	13%
55-59	12	12%
60-65	10	10%
Total general	100	100%

Tabla1- 2: distribución por sexo

Sexo	N	%
F	64	64%
M	36	36%
Total general	100	100%

Tablas1- 3: distribución por especialidad

Especialidad	N	%
clínica medica	24	24%
cirugía	16	16%
dermatología	10	10%
medicina familiar	9	9%
pediatría	5	5%
oftalmología	4	4%
neumonología	4	4%
anestesiología	3	3%
terapia intensiva	3	3%
ginecología	3	3%
traumatología	3	3%
otorrino	2	2%
psiquiatría	2	2%
hematología	2	2%
urología	2	2%
nutrición	2	2%
Reumatología	1	1%
endocrinología	1	1%
infectología	1	1%
anatomía patológica	1	1%
cardiología	1	1%
neurología	1	1%
Total general	100	100%

Especialidad	N	%
Clínica médica	24	24%
Cirugía	16	16%
Dermatología	10	10%
Medicina familiar	9	9%
Pediatría	5	5%
Especialidades con <5%	36	36%
Total	100	100%

Tabla1- 4: años de Profesión

Años de profesión	N	%
0-4	34	34%
5-9	11	11%
10-14	7	7%
15-19	9	9%
20-24	4	4%
25-29	12	12%
30-34	13	13%
35-40	10	10%
Total general	100	100%

2) Modelo preferencial de atención: Medicina basada en la enfermedad, método curativo, o medicina que toma al paciente como un todo

Tabla 2-1

Basada en	N	%
un método curativo, medicina centrada en la enfermedad	67	67%
un modelo que tiene en cuenta al paciente como un todo	33	33%
Total general	100	100%

De los pacientes encuestados un 67 % creía que predominaba una medicina centrada en la enfermedad. (tabla 2-1)

3) Conocimiento sobre le ley de muerte digna

Tabla 3-1

Conoce?	N	%
Si	55	55%
No	45	45%
Total, general	100	100%

De los Profesionales encuestado el 55% conocía la ley se Muerte digna y eutanasia (Tabla 3-1)

4) Grado de conocimiento del contenido sobre la ley de muerte digna y eutanasia

Tabla 4-1

Conoce su contenido?	N	%
lo conozco totalmente	7	13%
lo conozco en forma parcial	43	78%
no lo conozco	5	9%
Total general	55	100%

De aquellos profesionales que contestaron que conocían la ley, (tabla 3-1)

El 43% la conocía en forma parcial y solo el 7% la conocía en su totalidad (tabla4-1)

5) Conducta del médico en la instancia final de la vida de un paciente

Tabla 5-1

Quando el paciente llega a la instancia final de la vida usted...	N	%
acompaña al paciente a las decisiones que él tome en el marco de la ley vigente en esta instancia final	76	76%
consensua solo con la familia las decisiones a tomar en esta última etapa	23	23%
le indica al paciente que debería hacer	1	1%
Total general	100	100%

Con respecto a la conducta que tomaría el medico en la instancia final de la Vida de un paciente el 76% lo acompañaría en las decisiones que él tome en En el marco de la ley (tabla 5-1)

6) Conocimiento de la existencia del servicio de paliativos y la utilización de este

Tabla6-1

Conoce el Servicio de Paliativos?	N	%
Si	88	88%
No	12	12%
Total general	100	100%

Tabla 6-2

Deriva?	N	%
Si	60	60%
No	40	40%
Total general	100	100%

De la población encuestada el 88% conocía el servicio de cuidados paliativos del Hospital Tornú (tabla6-1) y el 60 % derivaría los pacientes a dicho servicio (Tabla 6-2)

7) Influencia de los cuidados paliativos en la calidad de vida de los pacientes.

Tabla 7-1

Cree que son positivos?	N	%
Si	77	77%
no se	23	23%
Total general	100	100%

El 77% de los médicos consideraron que los cuidados paliativos influían positivamente en la calidad de vida de los pacientes, el 23% restante respondieron que no sabían. (tabla7-1)

8) Actitud ante el pedido del paciente de suspender tratamiento

Tabla 8-1

Si le piden que suspenda todo tratamiento, ud.	N	%
implementaría cuidados paliativos	71	71%
solo haría soporte vital	20	20%
suspendo todo	9	9%
Total general	100	100%

Ante el pedido del paciente de suspender el tratamiento el 71% de los profesionales encuestados manifestaron que implementarían cuidados paliativos (tabla 8-1)

9) Conducta del médico ante el pedido del paciente de no tomar medidas extraordinarias en la instancia final de la vida, aunque la familia se oponga

Tabla 9-1

respetaría la decisión	N	%
Si	75	75%
no se	25	25%
Total general	100	100%

El 75% de los médicos entrevistados respetarían la decisión del paciente (tabla 9-1)

10) Frecuencia de médicos que respondieron a la encuesta según la edad y el sexo

Tabla10-1

Edad	Mujeres		Varones		Total	
	N	%	N	%	N	%
25-29	12	18,8%	7	19,4%	19	19,0%
30-34	18	28,1%	2	5,6%	20	20,0%
35-39	7	10,9%	4	11,1%	11	11,0%
40-44	6	9,4%	2	5,6%	8	8,0%
45-49	4	6,3%	3	8,3%	7	7,0%
50-54	7	10,9%	6	16,7%	13	13,0%
55-59	7	10,9%	5	13,9%	12	12,0%
60-65	3	4,7%	7	19,4%	10	10,0%
Total general	64	100,0%	36	100,0%	100	100,0%

Fuente: elaboración propia

Entre los que respondieron a la encuesta no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre la edad y el sexo (Tabla 10-1): test exacto de Fisher $p=0.071$); en cambio, sí las hubo entre el sexo y los años de profesión (test exacto de Fisher $p=0.033$) observándose más mujeres con menos años de profesión (Tabla 10-2).

Tabla 10-2

a) Frecuencia de médicos que respondieron a la encuesta según años de Profesión y sexo

Años de profesión	Mujeres		Varones		Total	
	N	%	N	%	N	%
0-4	24	37,5%	10	27,8%	34	34,0%
5-9	11	17,2%	0	0,0%	11	11,0%
10-14	4	6,3%	3	8,3%	7	7,0%
15-19	5	7,8%	4	11,1%	9	9,0%
20-24	3	4,7%	1	2,8%	4	4,0%
25-29	6	9,4%	6	16,7%	12	12,0%
30-34	8	12,5%	5	13,9%	13	13,0%
35-40	3	4,7%	7	19,4%	10	10,0%
Total general	64	100,0%	36	100,0%	100	100,0%

Fuente: elaboración propia

11) Análisis bivariado

En este apartado se expusieron los resultados encontrados al evaluar las posibles relaciones entre las características de los encuestados (años de profesión, edad y sexo) con las preguntas relevadas sobre la muerte digna y los cuidados paliativos. Como “años de profesión” y “edad” presentaron una alta correlación (coeficiente de correlación de Pearson = 0.97792) sólo se mostraron los resultados de la primera variable (“años de...”).

11-1 Años de profesión de los encuestados

Tabla 11-1-1. Relación entre los años de profesión de los encuestados y su visión de la medicina actual.

Años de profesión	La medicina en la actualidad está basada en...				Total	
	un método curativo (medicina centrada en la enfermedad)		un modelo que tiene en cuenta al paciente como un todo			
	N	%	N	%	N	%
0-4	20	29,9%	14	42,4%	34	34,0%
5-9	3	4,5%	8	24,2%	11	11,0%
10-14	4	6,0%	3	9,1%	7	7,0%
15-19	8	11,9%	1	3,0%	9	9,0%
20-24	3	4,5%	1	3,0%	4	4,0%
25-29	10	14,9%	2	6,1%	12	12,0%
30-34	9	13,4%	4	12,1%	13	13,0%
35-40	10	14,9%	0	0,0%	10	10,0%
Total general	67	100,0%	33	100,0%	100	100,0%

Fuente: elaboración propia

Se observaron diferencias significativas entre los años de profesión de los encuestados y su opinión sobre qué basa la medicina actualmente (test exacto de Fisher $p=0.009$), con una leve asociación negativa (tau-b de Kendall = -0.2363): el 67% de aquellos que opinan que la medicina está basada en “un modelo que tiene en cuenta al paciente como un todo” tienen menos de 10 años de profesión (Tabla 11-1-1).

Tabla 11-1-2. Relación entre los años de profesión de los encuestados y el conocimiento de la existencia de la ley de muerte digna.

Años de profesión	¿Conoce la existencia de la ley de muerte digna?				Total	
	Si		no			
	N	%	N	%	N	%
0-4	21	61,8%	13	38,2%	34	100,0%
5-9	8	72,7%	3	27,3%	11	100,0%
10-14	7	100,0%	0	0,0%	7	100,0%
15-19	2	22,2%	7	77,8%	9	100,0%
20-24	2	50,0%	2	50,0%	4	100,0%
25-29	6	50,0%	6	50,0%	12	100,0%
30-34	6	46,2%	7	53,8%	13	100,0%
35-40	3	30,0%	7	70,0%	10	100,0%
Total general	55	55,0%	45	45,0%	100	100,0%

Fuente: elaboración propia

Si bien se encontraron diferencias significativas entre los años de profesión de los encuestados y su conocimiento de la existencia de la ley de muerte digna (test exacto de Fisher $p=0.030$), se observó una asociación leve entre estas variables ($\text{tau-b de Kendall} = 0.1803$), aunque según puede verse en la Tabla 11-1-2: la mayoría de los que tienen menos de 14 años de profesión refieren conocerla (esta relación se empareja o hasta se invierte en encuestados con más años de profesión).

Tabla 11-1-3. Relación entre los años de profesión de los encuestados y el conocimiento del contenido de la ley de muerte digna.

Años de profesión	¿Conoce el contenido de la ley?						Total	
	totalmente		en forma parcial		no lo conozco			
	N	%	N	%	N	%	N	%
0-4	0	0,0%	19	90,5%	2	9,5%	21	100,0%
5-9	1	12,5%	7	87,5%	0	0,0%	8	100,0%
10-14	1	14,3%	5	71,4%	1	14,3%	7	100,0%
15-19	0	0,0%	2	100,0%	0	0,0%	2	100,0%
20-24	0	0,0%	1	50,0%	1	50,0%	2	100,0%
25-29	2	33,3%	4	66,7%	0	0,0%	6	100,0%

30-34	2	33,3%	3	50,0%	1	16,7%	6	100,0%
35-40	1	33,3%	2	66,7%	0	0,0%	3	100,0%
Total general	7	12,7%	43	78,2%	5	9,1%	55	100,0%

Fuente: elaboración propia

Entre los 55 encuestados que refirieron conocer la existencia de la ley de muerte digna, no hubo diferencias entre el conocimiento de su contenido (en forma total o parcial) o su desconocimiento (test exacto de Fisher $p=0.123$). El mayor grupo de respuestas se concentró en aquellos con menos de 10 años de profesión que indicaron conocer en forma parcial el contenido de la ley (26 encuestados, 47,3%. Ver Tabla 11-1-3)

Tabla 11-1-4. Relación entre los años de profesión de los encuestados y la toma de decisiones del encuestado ante las decisiones del paciente en la instancia final de su vida.

Años de profesión	Cuando el paciente llega a la instancia final de la vida usted...						Total	
	acompaña al paciente		consensua con la familia		indica al paciente qué hacer			
	N	%	N	%	N	%	N	%
0-4	27	79,4%	6	17,6%	1	2,9%	34	100,0%
5-9	10	90,9%	1	9,1%	0	0,0%	11	100,0%
10-14	6	85,7%	1	14,3%	0	0,0%	7	100,0%
15-19	5	55,6%	4	44,4%	0	0,0%	9	100,0%
20-24	3	75,0%	1	25,0%	0	0,0%	4	100,0%
25-29	7	58,3%	5	41,7%	0	0,0%	12	100,0%
30-34	10	76,9%	3	23,1%	0	0,0%	13	100,0%
35-40	8	80,0%	2	20,0%	0	0,0%	10	100,0%
Total general	76	76,0%	23	23,0%	1	1,0%	100	100,0%

Fuente: elaboración propia

Tampoco se encontraron diferencias entre la decisión que toma el médico encuestado ante la instancia final de la vida del paciente y sus años de profesional (test exacto de Fisher $p=0.690$). Nuevamente el mayor grupo de respuestas se concentró en aquellos con menos de 10 años de profesión, que en este caso indicaron que, ante esa circunstancia, acompañarían al paciente en sus decisiones (37 encuestados, 37%. Ver Tabla 11-1-4).

Tabla 11-1-5 Relación entre los años de profesión de los encuestados y el conocimiento de la existencia del servicio de cuidados paliativos.

Años de profesión	¿Conoce el servicio de cuidados paliativos?				Total	
	Si		no			
	N	%	N	%	N	%
0-4	31	91,2%	3	8,8%	34	100,0%
5-9	8	72,7%	3	27,3%	11	100,0%
10-14	5	71,4%	2	28,6%	7	100,0%
15-19	7	77,8%	2	22,2%	9	100,0%
20-24	4	100,0%	0	0,0%	4	100,0%
25-29	11	91,7%	1	8,3%	12	100,0%
30-34	12	92,3%	1	7,7%	13	100,0%
35-40	10	100,0%	0	0,0%	10	100,0%
Total general	88	88,0%	12	12,0%	100	100,0%

Fuente: elaboración propia

Lo mismo se observó cuando se analizó la relación entre los años de profesión y el conocimiento de la existencia del servicio de cuidados paliativos en el hospital (no se encontraron diferencias significativas: test exacto de Fisher $p=0.335$). Al igual que en el caso anterior, el mayor grupo de respuestas se concentró en aquellos con menos de 10 años de profesión, que dieron una respuesta afirmativa (38 encuestados, 38%. Ver Tabla 11-1-5).

Tabla 11-1-6. Relación entre los años de profesión de los encuestados y si ha derivado o solicitado colaboración de servicios paliativos para la atención de pacientes en etapas terminales.

Años de profesión	¿Derivó pacientes o solicito colaboración al servicio?				Total	
	Si		no			
	N	%	N	%	N	%
0-4	20	58,8%	14	41,2%	34	100,0%
5-9	5	45,5%	6	54,5%	11	100,0%
10-14	4	57,1%	3	42,9%	7	100,0%
15-19	4	44,4%	5	55,6%	9	100,0%
20-24	2	50,0%	2	50,0%	4	100,0%
25-29	8	66,7%	4	33,3%	12	100,0%
30-34	9	69,2%	4	30,8%	13	100,0%
35-40	8	80,0%	2	20,0%	10	100,0%
Total general	60	60,0%	40	40,0%	100	100,0%

Fuente: elaboración propia

No se encontraron diferencias significativas entre los encuestados con diferentes años de profesión ante la pregunta “¿Ha derivado pacientes o solicitada colaboración a dichos servicios en la atención de pacientes en la instancia final de la vida?” (test exacto de Fisher $p=0.736$; Tabla 11-1-6).

Tabla 11-1-7. Relación entre los años de profesión de los encuestados y la opinión sobre la influencia de los servicios paliativos en la vida de pacientes en etapas terminales.

Años de profesión	¿Cree que el trabajo del servicio de cuidados paliativos influye positivamente?				Total	
	sí		no sé			
	N	%	N	%	N	%
0-4	26	76,5%	8	23,5%	34	100,0%
5-9	9	81,8%	2	18,2%	11	100,0%
10-14	5	71,4%	2	28,6%	7	100,0%
15-19	7	77,8%	2	22,2%	9	100,0%
20-24	2	50,0%	2	50,0%	4	100,0%
25-29	8	66,7%	4	33,3%	12	100,0%
30-34	11	84,6%	2	15,4%	13	100,0%
35-40	9	90,0%	1	10,0%	10	100,0%
Total general	77	77,0%	23	23,0%	100	100,0%

Fuente: elaboración propia

Cuando se analizó la relación entre los años de profesión de los encuestados y su opinión en cuanto a la influencia positiva del trabajo del servicio de cuidados paliativos en la calidad de vida del paciente en la etapa de instancia final, no se hallaron diferencias entre los diferentes grupos (test exacto de Fisher $p=0.781$). La mayor cantidad de respuestas positivas parecen darse en los extremos de años de profesión (Tabla 11-1-7).

Tabla 11-1-8. Relación entre los años de profesión de los encuestados y la actitud ante pedido del paciente de suspender el tratamiento.

Años de profesión	Actitud ante pedido del paciente de suspender el tratamiento						Total	
	implementaría cuidados paliativos		solo haría soporte vital		suspendo todo			
	N	%	N	%	N	%	N	%
0-4	24	70,6%	5	14,7%	5	14,7%	34	100,0%
5-9	9	81,8%	2	18,2%	0	0,0%	11	100,0%
10-14	5	71,4%	2	28,6%	0	0,0%	7	100,0%
15-19	7	77,8%	1	11,1%	1	11,1%	9	100,0%

20-24	2	50,0%	2	50,0%	0	0,0%	4	100,0%
25-29	7	58,3%	4	33,3%	1	8,3%	12	100,0%
30-34	9	69,2%	2	15,4%	2	15,4%	13	100,0%
35-40	8	80,0%	2	20,0%	0	0,0%	10	100,0%
Total general	71	71,0%	20	20,0%	9	9,0%	100	100,0%

Fuente: elaboración propia

Cuando se analizó si los años de profesión podrían tener alguna relación con la respuesta a la pregunta sobre la actitud que tomaría si un paciente en proceso de muerte le solicitara suspender con el tratamiento instaurado, no se encontraron diferencias significativas entre los grupos (test exacto de Fisher $p=0.781$). Sin embargo, nuevamente aquellos con menos de 10 años de profesión son los que en mayor número respondieron que “implementarían cuidados paliativos” (Tabla 11-1-8).

Tabla 11-1-9. Relación entre los años de profesión de los encuestados y la actitud ante pedido del paciente de no recibir tratamientos extraordinarios, aunque su familia se oponga.

Años de profesión	¿Respetaría la decisión del paciente?				Total	
	Si		no sé			
	N	%	N	%	N	%
0-4	27	79,4%	7	20,6%	34	100,0%
5-9	10	90,9%	1	9,1%	11	100,0%
10-14	6	85,7%	1	14,3%	7	100,0%
15-19	6	66,7%	3	33,3%	9	100,0%
20-24	2	50,0%	2	50,0%	4	100,0%
25-29	7	58,3%	5	41,7%	12	100,0%
30-34	10	76,9%	3	23,1%	13	100,0%
35-40	7	70,0%	3	30,0%	10	100,0%
Total general	75	75,0%	25	25,0%	100	100,0%

Fuente: elaboración propia

No se encontraron diferencias significativas entre los encuestados con diferentes años de profesión ante la pregunta “¿Como profesional respetaría la decisión de un paciente en estado terminal de no recibir tratamientos extraordinarios, aunque su familia se oponga?” (test exacto de Fisher $p=0.537$). El mayor grupo de respuestas se concentró en aquellos con menos de 10 años de profesión (37 encuestados, 37%. Ver Tabla 11-1-9) que dieron una respuesta afirmativa.

11-2 Sexo de los encuestados

Tabla 11-2-1 Relación entre el sexo de los encuestados y su visión de la medicina actual.

Sexo	La medicina en la actualidad está basada en...				Total	
	un método curativo (medicina centrada en la enfermedad)		un modelo que tiene en cuenta al paciente como un todo			
	N	%	N	%	N	%
Mujeres	38	59,4%	26	40,6%	64	100,0%
Varones	29	80,6%	7	19,4%	36	100,0%
Total general	67	67,0%	33	33,0%	100	100,0%

Fuente: elaboración propia

Se encontraron diferencias significativas en la visión de los encuestados sobre la medicina actual según su sexo (chi² de Pearson p=0.031): entre los varones predomina ampliamente la opinión que la medicina actual está basada en un método curativo (medicina centrada en la enfermedad).

Tabla 11-2.2. Relación entre el sexo de los encuestados y el conocimiento de la existencia de la ley de muerte digna.

Sexo	¿Conoce la existencia de la ley de muerte digna?				Total	
	Si		no			
	N	%	N	%	N	%
Mujeres	35	54,7%	29	45,3%	64	100,0%
Varones	20	55,6%	16	44,4%	36	100,0%
Total general	55	55,0%	45	45,0%	100	100,0%

Fuente: elaboración propia

No hay diferencias entre ambos sexos en cuanto al conocimiento de la ley de muerte digna (chi² de Pearson p=0.933): la proporción de encuestados con respuesta positiva (alrededor del 55%) es semejante en mujeres y varones (ver Tabla11- 2-2).

Tabla11- 2-3 Relación entre el sexo de los encuestados y el conocimiento del contenido de la ley de muerte digna.

Sexo	¿Conoce el contenido de la ley?						Total	
	totalmente		en forma parcial		no lo conozco			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Mujeres	4	11,4%	29	82,9%	2	5,7%	35	100,0%
Varones	3	15,0%	14	70,0%	3	15,0%	20	100,0%
Total general	7	12,7%	43	78,2%	5	9,1%	55	100,0%

Fuente: elaboración propia

Tampoco se encontraron diferencias significativas entre las mujeres y varones que reconocieron la existencia de la ley (55 personas) y el conocimiento de sus contenidos (test exacto de Fisher $p=0.484$): la mayoría respondió “en forma parcial” (con una proporción algo mayor entre las mujeres, 83% vs. 70% - ver Tabla 11- 2-3).

Tabla11-2-4 Relación entre el sexo de los encuestados y la toma de decisiones del encuestado ante las decisiones del paciente en la instancia final de su vida.

Sexo	Cuando el paciente llega a la instancia final de la vida usted...						Total	
	acompaña al paciente		consensua con la familia		indica al paciente qué hacer			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Mujeres	52	81,3%	12	18,8%	0	0,0%	64	100,0%
Varones	24	66,7%	11	30,6%	1	2,8%	36	100,0%
Total general	76	76,0%	23	23,0%	1	1,0%	100	100,0%

Fuente: elaboración propia

Las mujeres refirieron acompañar al paciente en sus decisiones en las instancias finales de la vida en mayor magnitud que los varones (81% vs. 67%) mientras que los varones indicaron en porcentaje mayor que consensuarían solo con la familia las decisiones a tomar en esta etapa (ver Tabla 11- 2-4). sin embargo, estas diferencias no fueron significativas (test exacto de Fisher $p=0.132$).

Tabla11-2-5 Relación entre el sexo de los encuestados y el conocimiento de la existencia del servicio de cuidados paliativos.

Sexo	¿Conoce el servicio de cuidados paliativos?				Total	
	Si		no			
	N	%	N	%	N	%
Mujeres	55	85,9%	9	14,1%	64	100,0%
Varones	33	91,7%	3	8,3%	36	100,0%
Total general	88	88,0%	12	12,0%	100	100,0%

Fuente: elaboración propia

Ambos sexos reconocieron la existencia del servicio de cuidados paliativos en un alto porcentaje, con una leve diferencia a favor de los varones (92% vs. 86%, Tabla 2.5) la cual no resultó estadísticamente significativa (test exacto de Fisher $p=0.307$).

Tabla 11-2-6 Relación entre el sexo de los encuestados y si ha derivado o solicitado colaboración de servicios paliativos para la atención de pacientes en etapas terminales.

Sexo	¿Derivó pacientes o solicitó colaboración al servicio?				Total	
	Si		no			
	N	%	N	%	N	%
Mujeres	37	57,8%	27	42,2%	64	100,0%
Varones	23	63,9%	13	36,1%	36	100,0%
Total general	60	60,0%	40	40,0%	100	100,0%

Fuente: elaboración propia

La derivación o el pedido de colaboración del servicio de cuidados paliativos para la atención de pacientes en etapas terminales fue baja, levemente mayor en varones (64% vs. 58%, Tabla11- 2-6) aunque no significativa (χ^2 de Pearson $p=0.552$).

Tabla11- 2-7. Relación entre el sexo de los encuestados y la opinión sobre la influencia de los servicios paliativos en la vida de pacientes en etapas terminales.

Sexo	¿Cree que son beneficiosos?				Total	
	Si		no sé			
	N	%	N	%	N	%
Mujeres	50	78,1%	14	21,9%	64	100,0%
Varones	27	75,0%	9	25,0%	36	100,0%
Total general	77	77,0%	23	23,0%	100	100,0%

Fuente: elaboración propia

Ambos sexos consideraron que el trabajo del servicio de cuidados paliativos influye positivamente en la en la calidad de vida del paciente en la etapa de instancia final en un alto porcentaje, con una leve diferencia a favor de las mujeres (78% vs. 75%, Tabla 11-2-7). Esta diferencia no resultó estadísticamente significativa (chi² de Pearson p=0.722).

Tabla11-2-8 Relación entre el sexo de los encuestados y la actitud ante pedido del paciente de suspender el tratamiento.

Sexo	Actitud ante pedido del paciente de suspender el tratamiento						Total	
	implementaría cuidados paliativos		solo haría soporte vital		suspendo todo			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Mujeres	46	71,9%	13	20,3%	5	7,8%	64	100,0%
Varones	25	69,4%	7	19,4%	4	11,1%	36	100,0%
Total general	71	71,0%	20	20,0%	9	9,0%	100	100,0%

Fuente: elaboración propia

No se encontraron diferencias significativas entre mujeres y varones encuestados en cuanto a la actitud a tomar si un paciente en proceso de muerte le solicitara suspender con el tratamiento instaurado (test exacto de Fisher p=0.889). La mayoría respondió que implementaría cuidados paliativos (con una proporción levemente mayor en mujeres: 72% vs. 69%, Tabla 2.8).

Tabla 11-2-9. Relación entre el sexo de los encuestados y la actitud ante pedido del paciente de no recibir tratamientos extraordinarios, aunque su familia se oponga.

Sexo	¿Respetaría la decisión del paciente?				Total	
	si		no sé			
	N	%	N	%	N	%
Mujeres	50	78,1%	14	21,9%	64	100,0%
Varones	25	69,4%	11	30,6%	36	100,0%
Total general	75	75,0%	25	25,0%	100	100,0%

Fuente: elaboración propia

Si bien ambos sexos indicaron mayormente respetar la decisión del paciente en estado terminal de no recibir tratamientos extraordinarios, aunque su familia se oponga, las mujeres lo hicieron en un porcentaje mayor (78% vs. 69%, Tabla11-2-9) aunque en forma no significativa (chi² de Pearson p=0.336).

IV Discusión

Se distribuyeron 140 encuestas a profesionales médicos del Hospital Enrique Tornú. Se observó mayor interés en la contestación de estas en los médicos entre 25 y 34 años, (tabla1-1), profesionales con una antigüedad en el ejercicio de la medicina entre 0 y 9 años (tabla1-4).

Según Maglio y colab en general la muerte transcurre en soledad, en ausencia de afectos y con el predominio de una tecnología deshumanizante.

Actualmente los hospitales cuentan con profesionales aptos para lidiar con los aspectos biológicos de la vida, Sin embargo, los médicos a pesar de estos progresos presentan limitaciones en lo que se refiere a su relación con el paciente terminal, (Blanco Luis 2017).

En relación al modelo preferencial actual de atención predominó en la encuesta realizada: “Un método curativo, medicina centrada en la enfermedad” con un 67%,(tabla2-1). Pero si relacionamos esta variable con los años de profesión se pudo observar que de aquellos que opinaron que “la medicina en la actualidad esta basada en un modelo que tiene en cuenta al paciente como un todo,(tabla2-1),el mayor porcentaje tenía menos de 10 años de profesión. Esto podría implicar que el método preferencial de atención estaría realizando lentamente un cambio favorable hacia un modelo más integral.

Entre los varones encuestados predominó la opinión que la medicina actual esta basada en un método curativo centrado en la enfermedad.

Con respecto a las variables: “conocimiento sobre la existencia de la ley de muerte digna y grado de conocimiento”; de los profesionales encuestados el 55% conocían la ley, y de estos el 50% la conocían total o parcialmente, (tabla 3-1, 4-1).

Al relacionar este dato con los años de antigüedad en la profesión se pudo observar que la mayoría de los que tenían menos de 14 años de antigüedad en la profesión referían conocer la ley.

Este resultado podría deberse a la importancia que ha adquirido en los últimos años la disciplina de medicina Legal en la curricula de la carrera.

En relación a la conducta del médico en la instancia final de la vida del paciente: el 76 % respondió que lo acompañaría en la decisión que él tome, aunque llamativamente un 23% contestó que consensuaría solo con la familia excluyendo al paciente de toda decisión, (tabla5-1). Si relacionamos esta variable con antigüedad en la profesión nuevamente el mayor número de respuestas se concentran en aquellos con menos años de ejercicio contestando que “acompañarían al paciente en las decisiones que tome”. Esta respuesta nos confirmaría un modelo médico que evolucionaría hacia tratar al paciente como un todo, o sea al paciente y sus circunstancias.

Ante la pregunta sobre el conocimiento de la existencia del servicio de cuidados paliativos el 88% contestó afirmativamente, (tabla6-1) y el 60% había acudido al servicio para derivar pacientes o como interconsulta, (tabla6-2).

Al igual que en el caso anterior cuando se analiza la relación con los años de antigüedad profesional el mayor grupo de respuestas afirmativas se obtuvo en aquellos con menos de 10 años de recibidos.

En la Argentina la evolución de los CP en los últimos 20 años fue realmente significativa, (Manatel, M 2014); probablemente a ello se haya debido la familiarización de esta especialidad con los médicos más jóvenes.

Con respecto a la vinculación con el sexo, un mayor porcentaje de mujeres refirieron acompañar al paciente en la instancia final de la vida, (81%Vs 67%). Los varones indicaron en un porcentaje mayor que consensuarían sólo con la familia las medidas a tomar, (tabla11-2-4), no pudiendo encontrar una explicación por parte del investigador al respecto

La naturaleza de los cuidados paliativos y su importancia como un componente esencial de la atención son cada vez mas reconocidos por los profesionales de la salud (Minatel,M 2014).En la investigación realizada ante la variable: influencia de los cuidados paliativos en los pacientes, el 77% de los profesionales contesto que influían positivamente (tabla 7-1),y ante el pedido del paciente de suspender tratamientos extraordinarios el 71% de los médicos contesto que implementaría cuidados paliativos (tabla8-1)

Ante la pregunta “¿Respetarían la decisión del paciente de no tomar medidas extraordinarias, aunque la familia se oponga? El 75% de los profesionales contesto afirmativamente, y un 25 % contesto que no sabía. (tabla9-1)

Si relacionamos estas dos últimas variables con años de antigüedad en la profesión, la implementación de cuidados paliativos y el respeto hacia la decisión del paciente de no tomar medidas extraordinaria aunque la familia se oponga fueron especialmente afirmadas por aquellos médicos con menos años de profesión, demostrando por lo tanto que el modelo de atención del paciente esta cambiando en forma positiva

V- Conclusiones

- Una alta proporción de profesionales médicos del Hospital Tornú conocen la existencia de la ley de muerte digna vigente en Argentina y su contenido.
- Además, conocen la existencia de el servicio de cuidados paliativos y consideran que mejora la calidad de vida de los pacientes en la instancia final de la vida.
- Si bien los médicos consideran que el modelo de atención que predomina en la actualidad es aquel que está centrado en la enfermedad, los profesionales más jóvenes, con menos años de antigüedad en la profesión reconocen un modelo de atención que involucra al "paciente como un todo". Podemos concluir entonces que la medicina y la relación médico paciente estaría evolucionando hacia un modelo más integral de atención en la instancia final de la vida.

“La forma en la que tratamos a una persona enferma en sus últimos días y a su familia refleja el grado de evolución mental y espiritual que hemos alcanzado en nuestra cultura”

Wilson Astudillo

III Bibliografía

- Alonso J, Luxardo El final de la vida como objeto del debate público. Avatares de la muerte digna en Argentina. Revista Sociedad número 33. (8-18) 2014
- Álvarez Evelyn. Muerte digna, aspectos médicos bioéticos y jurídicos. Facultad de Medicina. Fundación Héctor A Barcelo. Año 2014
- Aquino TAA, Alves ACD, Aguiar AA. Sentido da vida e conceito da morte em estudantes universitarios: un estudo correlacional. Inteceao Psicol. 14 (2): 233-43. Año 2010
- Beauchamp T L. (1983). Principles of biomedical ethics 2nd ed. New York. Oxford University Press
- Benito E, Barbero J, Doves M. Espiritualidad en clínica. Editorial Biblos. Pag 22-27
- Blanco Guillermo Luis. Consideraciones bioéticas y jurídicas pag 24-33. agosto 1997
- Caputi E Tanatología Forense (2015). Pag 553-573
- Carpizo J, Valades D. Derechos humanos, aborto y eutanasia. (1era edición). año 2005. Mexico. Instituto de investigaciones jurídicas de la UNAM pag 88
- Cassein N. (1976). When illness is judged irreversible: imperative and elective treatments. Man and Medicine (2), 154-166
- Cecchetto S. (1999) Curar o cuidar. Pag 20-25
- Cofre Lagos J O. Los términos dignidad y persona. Su uso moral y jurídico. Enfoque filosófico. Revista del derecho. (Valdivia). "2004.
- De Simone Jorge M (2010). Marco conceptual para la intervención del equipo de cuidados paliativos. Pag 1-16. Disponible en www.pallium.org.ar
- Fernández Serassego C. La responsabilidad civil del médico y el consentimiento informado. Año 2012
- García Guillen D. (1991). Procedimientos de decisión en ética clínica. Pag 128-129
- Jacob Graciela y colaboradores. Manual de cuidados paliativos para la atención primaria de salud. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Año 2014
- Luper S A. Filosofía da morte: Madras 2010
- Maglio I, Wierzbka L, Belli L. El derecho a los finales de la vida y el concepto de Muerte digna. año 2015. Intramed
- Mainetti J A. (1997). Bioética sistemática. La Plata. Quirón pag 11-18
- Manzini J L (1997). Bioética paliativa. La Plata Quirón, pag 75-94
- Minatel M. Manual de cuidados paliativos para la atención primaria de salud. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Año 2014.

-Motta I, Colvacanti, T. Percepción de estudiantes y médicos sobre muerte digna. Revista bioética. 2016; 24 (1): 108,17 Instituto de investigaciones jurídicas UNAM. pag 88

-Patito Guzmán C. (2005). Eutanasia aspectos médicos legales. El derecho al buen morir. Encrucijada Numero 34 UBA.Disponible en repositorio digital institucional.UBA.

-Pool Robert (2004) "you are not going to deshydrate none are you? Euthanasia versteruing, and good death in de Netherlands.Social Sciense et medicine.51: 917-930

-Urmeneta A. El afrontamiento de la muerte a través de la historia. Asociación del derecho a morir. Año 2014

-Tealdi J (1996). La problematización del conocimiento médico y los orígenes de la bioética. IV curso intensivo de bioética. Escuela latinoamericana de bioética. La Plata fundación Mainetti. Pag 1-3

-Villarreal Análisis crítico de la ley de muerte digna en Argentina. año 2014.Monografía

Zannier J (1996) Expectativas de los pacientes, los equipos de salud y las instituciones asistenciales de la población marplatense. Comunicación presentada en las II jornadas argentinas y Latinoamericanas de Bioética, Mendoza

IV Anexos

Anexo 1

ENCUESTA PARA PROFESIONALES MEDICOS DEL HOSPITAL E. TORNU.

MUERTE DIGNA: legislación en Argentina. Los cuidados paliativos como herramienta en la instancia final de la vida

Fecha:

Numero de encuesta

1) Especialidad:

2) Años de profesión:

3) Edad:

4) Sexo: F/M

5) Usted cree que la medicina en la actualidad está basada en:

a) Un método curativo, (medicina centrada en la enfermedad)

b) Un modelo que tiene en cuenta al paciente como un todo

7) ¿Conoce la existencia de la legislación vigente en relación con **“MUERTE DIGNA Y EUTANASIA?**

a) Si

b) No

8) Si su respuesta es afirmativa. ¿conoce el contenido de la ley?

a) Lo conozco totalmente

b) Lo conozco en forma parcial

c) No lo conozco

9) Cuando el paciente llega a una instancia final en su vida usted:

a) ¿Le indica al paciente lo que debería hacer?

b) ¿consensua solo con la familia las decisiones a tomar en esta última etapa?

c) ¿Acompaña al paciente en las decisiones que él tome en el marco de la ley vigente

en esta instancia final?

10) ¿Conoce el servicio de cuidados Paliativos del Hospital Tornú?

a) SI

b) NO

11) ¿Ha derivado pacientes o solicitado colaboración a dicho servicio en la atención de de pacientes en la instancia final de la vida?

a) SI

b) NO

12) ¿Cree que el trabajo del servicio de cuidados paliativos influye positivamente en la en la calidad de vida del paciente en la etapa de instancia final?

a) SI

b) NO

c) NO SE

13) Si a usted como profesional, un paciente en proceso de muerte le solicitara suspender con el tratamiento instaurado. ¿Qué actitud tomaría?

- a) Suspendo todo
- b) Solo haría soporte vital
- c) Implementaría cuidados paliativos
- d) Continuaría con el tratamiento instaurado

14) ¿Como profesional respetaría la decisión de un paciente en estado terminal de no recibir tratamientos extraordinarios, aunque su familia se oponga?

- a) SI
- b) NO
- c) NO SE

Anexo 2

VARIABLES

Variable	Definición teórica	Definición operativa	Escala de medición	Variación posible
Servicio en el que se desempeña	Lugar dentro del hospital donde ejerce su función	Lugar del hospital que refiere el entrevistado	Nominal politómica	Todos los servicios del Hospital Tornú
Especialidad	Aquella especialidad que obtuvo el profesional después de su título de grado	Aquella especialidad referida por el entrevistado	Nominal politómica	Todas las especialidades existentes en el Hospital Tornú.
Años de profesión	Tiempo transcurrido desde la obtención del título de grado hasta la fecha	Tiempo en años referido por el entrevistado	Numérica continua	0 a 40 años
Edad	Tiempo transcurrido desde la fecha de nacimiento	Tiempo en años referido por el entrevistado	Numérica continua	22 a 75 años
Sexo	Características genéticas y fenotípicas que definen a hombres y mujeres	El sexo que refiere el entrevistado	Nominal dicotómica	F o M
Modelo de atención	Conjunto de estrategias, normas, procedimientos, herramientas y recursos que organizan a los sistemas de salud para responder a las necesidades de salud de las personas	Respuesta a la pregunta 6 del cuestionario	Nominal politómica	Si No Otra
Conocimiento de la existencia de la ley vigente de Muerte Digna	Conciencia de la existencia de legislación en Argentina sobre Eutanasia y Muerte Digna	Respuesta a la pregunta 7 del cuestionario	Nominal dicotómica	Si No
Conocimiento del contenido de la ley	Grado de conocimiento del contenido de la ley	Respuesta a la pregunta 8 del cuestionario	Nominal Politómica	Lo conozco totalmente. Lo conozco parcialmente No lo conozco
Conducta del profesional frente al paciente	Conducta del profesional en la instancia final de la vida	Respuesta a la pregunta 9 del cuestionario	Nominal politómica	a) ¿Le indica al paciente lo que debería hacer? b) Consensua solo con la familia las

				decisiones a tomar en esta última etapa? c) ¿Acompaña al paciente en las decisiones que él tome?
Conocimiento del servicio de cuidados paliativos	Conciencia de existencia de la actividad del área de cuidados paliativos en el Hospital Tornú por parte del entrevistado	Respuesta a la pregunta 10 del cuestionario	Nominal dicotómica	Si No
Uso del Servicio de Paliativos del Hospital Tornú	Derivación o solicitud de colaboración por parte del entrevistado al servicio de paliativos	Respuesta a la pregunta 11 del cuestionario	Nominal dicotómica	Si No
Opinión sobre la utilidad de los cuidados paliativos	Criterio personal subjetivo acerca de los beneficios en la calidad de vida del paciente al utilizar los cuidados paliativos	Respuesta a la pregunta 12 del cuestionario	Nominal politómica	Si No No se
Decisión médica ante el pedido del paciente	Conducta del profesional ante la solicitud del paciente de la suspensión del tratamiento en el proceso de muerte	Respuesta a la pregunta 13 del cuestionario	Nominal politómica	a) Suspendo todo b) Solo haría soporte vital c) Implementaría cuidados paliativos d) Continuaría con el tratamiento hasta el final
Respecto de la decisión del paciente	Actitud del profesional actuante ante la decisión del paciente de no recibir tratamiento en la etapa terminal de su vida	Respuesta a la pregunta 14 del cuestionario	Nominal politómica	Si No No se

Anexo III**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA PROFESIONALES MEDICOS****HOSPITAL ENRIQUE TORNU****MUERTE DIGNA: legislación en Argentina. Los cuidados paliativos como herramienta en la instancia final de la vida****A-Propósito y Antecedentes**

Se propone realizar un estudio descriptivo transversal en el cual se evaluará si los profesionales médicos conocen la legislación sobre muerte digna vigente en Argentina y que tipo de modelo medico predomina actualmente: la medicina basada en la curación de la enfermedad, o la medicina basada en el paciente. También se quiere Valorar si los profesionales médicos que se desempeñan en el Hospital Tornú conocen la modalidad de trabajo del servicio de cuidados paliativos, y si creen que es una herramienta fundamental de acompañamiento en la instancia final de la vida. Este estudio se realizará como parte de un trabajo final integrador para acceder al título de posgrado de Médico Legista.

Los profesionales médicos que participaran serán aquellos que tengan una actividad medica en la institución sea esta remunerada o no de cualquier especialidad. No podrán participar aquellas personas que estén cursando el internado médico obligatorio, o sean estudiantes o ejerzan en el hospital otra profesión que no sea la medica

Se Hará una revisión bibliográfica en relación con la legislación vigente sobre muerte digna y eutanasia en el mundo en general y en Argentina en particular.

Se realizará una encuesta a todos los médicos de todos los servicios que cumplan sus funciones en el Hospital Tornú, sea esta remunerada o no y que quieran participar voluntariamente. La misma se realizará en el transcurso de 60 días. Dicha encuesta será llevada a la práctica por un único entrevistador, Dra. María Cecilia Madeo; en el momento pactado por cada profesional

B-Procedimiento que se aplicara

Le realizare un cuestionario que consta de 14 preguntas, las misma versan sobre la ley de muerte digna en Argentina y sobre la importancia de los cuidados paliativos. El mismo no le demandara más de 15 minutos de su tiempo

C-Confidencialidad

Su nombre no se publicará en ningún documento, informe o publicación resultante de este estudio. Los archivos con sus datos se guardarán bajo estricta confidencialidad y se usarán códigos de identificación para preservar el anonimato del estudio.

D- Beneficios

Es fundamental que los profesionales de la salud en especial los médicos de todas las especialidades conozcan que existe la legislación sobre muerte digna y de esta manera puedan ofrecerle al paciente y a su familia cuando se inicia el proceso de muerte la posibilidad de elegir de qué modo transcurrir este camino siendo acompañado y asistido por cuidados paliativos que es la opción recomendada cuando la enfermedad del paciente es incurable, procurándole al mismo una atención integral tanto desde el punto de vista físico como psíquico, atendiendo sus necesidades en forma integral.

D- Consideraciones financiera

Usted no pagará por participar de este estudio, tampoco recibirá pago o beneficio financiero. La médica a cargo del estudio no recibirá ninguna retribución financiera

G-Preguntas

Si tiene algún tipo de preguntas no dude en realizarlas al profesional a cargo del estudio: Medica María Cecilia Madeo lunes, martes, jueves y viernes de 8 a12 hs en el servicio de Dermatología, interno 139.

La participación de esta investigación es absolutamente voluntaria, usted tiene derecho a interrumpir la contestación del cuestionario en el momento que lo desee. Y podrá solicitar que no se use la información recabada en la encuesta o continuar respondiéndola en el momento que lo desee.

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación (CEI) del Hospital Tornú. Se encuentra conformado por un grupo especializado en resguardos éticos y derecho de los participantes a investigaciones relacionadas con la salud.

Como parte del cuidar el CEI puede comunicarse con usted para realizarle algunas preguntas sobre el estudio. Esto es parte del monitoreo ético.

Si usted tiene dudas acerca de su participación en este estudio puede contactar al CEI

Personalmente en el pabellón universitario 1er piso lunes y miércoles de 8 a 12 hs, telefónicamente al interno 305, o por correo electrónico a claudiakvukotich@yahoo.com.ar

HOJA DE FIRMAS

Yo he comprendido el objetivo del estudio y la forma de realizarlo, he tenido oportunidad de hacer preguntas que me fueron respondidas satisfactoriamente

Entiendo que mi participación es totalmente voluntaria y puedo dejar de contestar el cuestionario en cualquier momento.

Si Ud. ha comprendido esta explicación y está de acuerdo en participar en este estudio puede firmar a continuación

Firma del profesional	Aclaración	DNI	Fecha
-----------------------	------------	-----	-------

Firma del testigo A	Aclaración	DNI	Fecha
---------------------	------------	-----	-------

Firma de la investigadora	Aclaración	MN	Fecha
---------------------------	------------	----	-------