

Ética Quirúrgica

Carlos Arrea Baixench*

Introducción

Iniciaré con una definición de lo que es Ética. Lo haré de la manera más simple, tal como lo hace el filósofo español Fernando Savater, en su libro "Ética para Amador".¹

"Es distinguir entre lo bueno y lo malo, es un conocimiento que todos intentamos adquirir -todos sin excepción- por la cuenta que nos trae".

Vistas así las cosas pareciera muy simple, sólo se muestran los extremos del problema y no, las partes intermedias, donde lo malo parece a veces resultar más o menos bueno y lo bueno tiene en ocasiones apariencias de malo. Esto es lo que complica las cosas. Al transitar en este laberinto conviene entender que los hombres somos capaces de *inventar y de elegir*, y al hacerlo, podemos equivocarnos. Por eso, es necesario fijarse bien en lo que se hace para procurar una forma de vivir que nos permita acertar.

"A ese saber vivir, o arte de vivir es a lo que se llama Ética".

Para no parecerles tan simplista les daré otras definiciones:

"La libertad no es una filosofía y ni siquiera es una idea: es un movimiento de la conciencia que nos lleva, en ciertos momentos, a pronunciar dos monosílabos Si o No. En su brevedad instantánea, como la luz del relámpago, se dibuja el signo contradictorio de la naturaleza humana" (Octavio Paz, La otra voz).²

O esta otra:

"La vida del hombre puede "ser vivida" reprimiendo los patrones de su especie; es él mismo -cada uno- quien debe vivir. El hombre es el único animal que puede estar fastidiado, que puede estar disgustado, que puede sentirse expulsado del paraíso. (Erich From, Ética y Psicoanálisis).³

Con esta introducción se puede entrar de lleno en el tema.

Consentimiento bien informado y Confidencialidad

La información que debemos brindarle al paciente y la confidencialidad que el médico debe observar, marcan en la práctica de la cirugía una diferencia muy grande en relación con la Medicina, porque una vez anestesiado el enfermo es incapaz de participar y es el cirujano quien tiene el control absoluto de las decisiones y los comentarios. Esto nos obliga a entrenar y supervisar nuestros residentes en ambos campos. Desafortu-

nadamente, esto no se está logrando en la mayoría de los programas, lo que viene a explicar la gran cantidad de errores que se cometen. Cuando se cumple con estos preceptos, de manera automática e imperceptible se desarrolla una relación de intimidad entre el paciente y su cirujano, que es muy conveniente.

Consentimiento bien informado

Antes del siglo XX existían dos tendencias entre los cirujanos sobre cuánto se debía informar al paciente. Una consideraba que debía ser lo mínimo para no aumentar su ansiedad y la otra que se inclinaba por informarlo adecuadamente. Fueron los conflictos legales los que nos llevaron al concepto actual de que es necesario hacer una declaración, un descubrimiento de los hechos, para obtener el consentimiento del paciente. El pronunciamiento del juez Benjamin Cardozo⁴ en 1914 en relación a juicio del Caso Schloendorff vs The Society of New York Hospital ha sido normativo. (El caso de un paciente que autorizó la exploración bajo anestesia pero no la cirugía. En el procedimiento se descubre un tumor y se reseca. El paciente tiene una complicación post - operatoria y demanda al Hospital) La sentencia es clarísima y hace jurisprudencia.

"Todo ser humano adulto y con sanas condiciones mentales tiene el derecho de determinar qué se debe hacer con su cuerpo; y un cirujano que haga una operación sin el consentimiento de su paciente comete un asalto, por lo cual está sujeto a una pena por los daños causados... excepto en casos de emergencia cuando el paciente está inconsciente y es necesario operarlo antes de obtener el consentimiento".

Para lograr el consentimiento del paciente el cirujano debe cubrir tres áreas básicas:

1. Darle una clara información de cuál es el diagnóstico de la enfermedad, los lineamientos necesarios para manejar el problema, las alternativas de cirugía o de tratamiento médico, cuando esa posibilidad exista, la evolución que debe esperar si no se somete al tratamiento, las complicaciones que pudieran presentarse. Además, debe tomar en cuenta las creencias y los principios del paciente, explicándole como serán estos afectados por el procedimiento, y no olvidar el área recreativa y de deportes que son importantes para él.
2. El cirujano debe estar seguro de que el paciente ha entendido su explicación. Esta es una obligación que tiene y debe recurrir a todas las ayudas necesarias para lograrlo. Siendo muy importante el lenguaje que use, donde lo recomendable es uno que lo pueda entender un niño de 8 años. Los len-

guajes técnicos puede satisfacer el ego del médico, pero no lo comprenden los pacientes. La capacidad de diálogo, la honestidad y sinceridad son componentes fundamentales para lograr esto. Se debe estimular al paciente a hacer preguntas, es la mejor forma de conocer como piensa.

3. El paciente es quién debe tomar la decisión. El cirujano debe permitirle que lo haga, con la información que le ha suministrado, que es lo que sucede generalmente. Sin embargo, debe aceptar que busquen otras opiniones o que se informen con su propia investigación, algo que cada día harán más a través de Internet. Debe ser imparcial, no debe exagerar los riesgos ni aumentar los beneficios. No debe usar la frecuente costumbre de exagerar la gravedad de los hechos, para lograr el beneficio de un mayor agradecimiento, si las cosas salen bien, y protegerse con el hecho de haberse advertido si salen mal. (decirle a un paciente con glaucoma que, perderá el ojo si no se opera, en lugar de la realidad, que es solo el 15% que tienen ese infortunio).

Al tratar de cumplir con estas tres etapas pueden presentarse algunos problemas que enumeraremos en forma resumida:

- *Conflicto de opiniones al buscar otra opinión.* En estos casos debe el cirujano concretarse a exponer claramente la suya y permitir que sea el paciente el que escoja entre las que se le han presentado. Podría ayudar una reunión entre el paciente y los que opinan.
- *Cuando en la operación participan o la hagan los residentes.* El paciente no tiene por qué conocer cómo se realiza el entrenamiento de residentes e internos, por lo que le tomará por sorpresa descubrir, *a posteriori*, que ellos actuaron sin su consentimiento. Por esta razón es que esto debe ser claramente expuesto al obtener el consentimiento.
- *Los pacientes indecisos o que rechazan la operación.* Esto es algo a que él tiene derecho y no debe causar desilusión en el cirujano, él debe comprender que es el paciente el que decide si se opera o no y cuándo lo hace. Lógicamente, si el rechazo va a perjudicarlo, como en el caso de que se trate de un cáncer, el cirujano estará en la obligación de explicárselo.
- *Pacientes que no están en condiciones mentales de decidir.* En estos casos se puede usar un psiquiatra consultor que nos ayude. También en ellos pueden utilizarse los períodos de lucidez.
- *Cuando rehusan por principios religiosos.* En estos casos hay que ser muy respetuoso, pero debe considerarse la ayuda de expertos, capellanes, teólogos, etc. y deben explorarse las distintas intensidades que estos principios tengan, ya que varían de uno u otro individuo.
- *En el caso de los niños.* Los que deben decidir son sus padres o encargados. Los adolescentes deben ser consultados como si fueran adultos. En algunos casos niños muy maduros pueden expresar su opinión y no debe despreciarse. La función del cirujano cuando existan conflictos de opinión no es determinar quién gana sino conciliar y llegar a un acuerdo.

Para lograr lo anterior son imprescindibles dos cosas tiempo y protocolos de seguimiento. La organización de la Medicina con una fuerte tendencia a dar mucha importancia al concepto "Costo Beneficio" crea obstáculos al desarrollo de ambos componentes, al limitar demasiado el tiempo dedicado a la consulta y al crear una organización que impersonaliza al médico (uno ve al paciente en la consulta y lo estudia, otro que casi no lo conoce lo opera y un tercero lo cuida en el post-operatorio) Es el llamado trabajo en equipo, pero cabe preguntarse: ¿es verdaderamente un equipo?. Los equipos persiguen como fin el mejor resultado, que en este caso debe ser el buen cuidado del paciente, y pareciera que esto lo confunden las instituciones, las nuestras y muchas otras en el exterior.

Confidencialidad

La confidencialidad es algo que está íntimamente relacionado con la privacidad. Es, en realidad, el límite que ponemos para que otras personas puedan invadir nuestro cuerpo, nuestros pensamientos o nuestros sentimientos. Estos conceptos se están volviendo difíciles de mantener en un mundo donde los medios de comunicación se saltan e irrespetan todas las limitaciones. En algunos lugares esta privacidad la consideran una propiedad legal.

La relación entre los cirujanos y sus pacientes tiene que estar basada en la confianza, ya que los segundos entregan parte de su privacidad cuando suministran datos enteramente personales a los primeros. Esta relación tiene que estar basada en una declaración de confianza. Los pacientes asumen que los datos suministrados a su médico no se harán públicos y estarán adecuadamente protegidos en su documento médico. Los médicos deben contar en sus oficinas y en las instituciones donde trabajan con métodos que garanticen la privacidad de esos documentos. Desafortunadamente esto no es así por varias razones.

- Existen, especialmente dentro de las instituciones hospitalarias, muchas personas que tienen acceso al documento médico. (médicos, enfermeras, estudiantes, personal administrativo etc.) Tan cierto es esto que el Dr. Mark Siegler escribe un artículo en *New England Journal of Medicine* en 1982⁵ con el Título "Confidencialidad en Medicina, un concepto Decrépito". Quién entre otras cosas dice:

"La confidencialidad tal como la entendíamos médicos y pacientes es algo que ya no existe. Este viejo principio que había sido incluido en todos los juramentos y códigos de ética médicos desde los tiempos de Hipócrates, se ha vuelto viejo, anticuado y poco usado. Es un concepto decrépito".

- Existen problemas con el manejo de los documentos médicos. Desde su creación en 1910 fue un documento escrito, hasta 1960 que ha empezado a usarse el documento médico electrónico. Con ambos existen problemas.
- Documento Médico escrito. Este es un documento muy mal organizado, en ocasiones muy incompleto, que es necesario transportar a distintos lugares del hospital con el riesgo de

que se extravíe y que pueda ser violado por personas no autorizadas. Se ha comprobado que la mayoría de las violaciones de la confidencialidad se han dado con el tipo de documentos médicos escritos.

- Documento Médico Electrónico. En 1991, el Instituto de Medicina de los Estados Unidos reconoció, el documento médico basado en los datos electrónicos que tienen las computadoras como: “una tecnología esencial en el cuidado del paciente” y recomendó su uso. Ofrece ventajas para: el manejo, transporte y análisis de los datos clínicos. Esto no quiere decir que con él no existan problemas de confidencialidad. También los hay, pero los códigos de acceso, la ventaja de que no es necesario transportarlo ni almacenarlo (se hace electrónicamente) así como las medidas de seguridad que se pueden adoptar: prevención de que los datos sean borrados o destruidos por virus o intencionalmente, control de piratas que puedan meterse en el programa falsificando códigos o con programas como el “caballo troyano”.

Existen algunos límites a la obligación de la Confidencialidad como son:

- *De Beneficio Público* que es cuando ponemos en la balanza por un lado los derechos de privacidad del individuo y por otro el daño o los beneficios públicos. Están incluidos aquí: la necesidad de reportar las vacunas a las escuelas, las crisis epilépticas a la oficina que otorga las licencias de conducir, las enfermedades infecciosas o de transmisión sexual, la agresión familiar, las heridas por proyectil o arma blanca.
- *El deber de advertir que existe un peligro*. El ejemplo perfecto de esto, es el caso de Tatiana Tarasoff⁶ contra el regente de la Universidad de California en 1976. (El Sr. Poddar un graduado de la universidad manifestó al psicólogo de la Institución que iba a matar a Tatiana, el médico no hizo ninguna advertencia y cuando su novia Tatiana regreso de unas vacaciones, él la mató). En este caso el pronunciamiento del juez es muy claro “Los privilegios de Protección terminan cuando empieza el peligro público”. En el caso de los cirujanos los ejemplos más claros los encontramos en la agresión familiar. En estos casos, el médico debe violar la confidencialidad y hacer el reporte.

Nuevos conceptos en el Manejo y Determinación de la Muerte

La introducción y el desarrollo, en las últimas 3 décadas, de tecnología para mantener la vida ha sido tan grande que se ha convertido en una espada de dos filos, creando alternativas morales y legales que no existían y haciendo que las decisiones que tiene que tomar el médico, se conviertan en algo muy difícil y controversial.

La experiencia ha enseñado, tanto a los cirujanos como a los pacientes, que la aplicación de estos avances no ha provocado en todos los casos beneficio a los enfermos, por lo que con frecuencia nos vemos enfrentados a situaciones difíciles en donde

hay que dejar de hacer un tratamiento o retirar alguno que ya habíamos iniciado. Estos problemas se han presentado mas frecuentemente en las unidades de Cuidados Intensivos y se refieren a ventilación asistida, hemodiálisis, alimentación parenteral, resucitación cardio-pulmonar y otros. La experiencia nos ha enseñado que aplicarlos no va a producir la curación del enfermo y sólo aumentará su sufrimiento. Debemos tener claro que la extensión de la vida biológica no debe ser nuestro único fin - el confort, la dignidad, el amor y la ternura - son objetivos importantes cuando no se puede brindar la curación.

Presentar algunos conceptos que orienten a los médicos en la toma de estas difíciles decisiones es el objetivo que persigue este capítulo.

Lo primero que debemos analizar es el cambio en la definición de muerte.

En 1968, la Universidad de Harvard, por medio de un comité nombrado específicamente, hizo una publicación en la revista *Journal of the American Medical Association* con el título “Definition of Irreversible Coma”⁷ donde presentaba la nueva forma de precisar la muerte, basada en criterios neurológicos y no como se había hecho hasta ese momento, en la función del corazón. Esta idea cobró fuerza, tanto en los Estados Unidos como en el mundo y actualmente se acepta como definición de muerte:

Un individuo que mantiene alguno de estos parámetros: 1) Irreversible paro de las funciones cardiovasculares y respiratorias o 2) la irreversible suspensión de todas las funciones del cerebro, incluyendo el tallo cerebral, está muerto. La determinación de la muerte debe ser hecha, de acuerdo a los estándares médicos aceptados.

Este criterio neurológico se ha llamado “Muerte Cerebral”. Ninguno de los pacientes que ha tenido estos signos, ha logrado recobrar la conciencia jamás y son pacientes muy inestables que morirán en horas o, a lo sumo, en días si no se usa la tecnología actual para mantenerlos vivos. A ellos se les ha llamado “cadáveres cuyo corazón late” y son excelentes para donar órganos.

Como todos los nuevos conceptos, éste, ha tenido algunos oponentes que consideran que los pacientes están vivos, basándose en las respuestas que manifiestan y en que fue posible mantener con vida a una mujer embarazada, en estas condiciones, por semanas para que diera a luz a su hijo. La suspensión del tratamiento nos llevaría a estar practicando un cierto grado de eutanasia, palabra muy peligrosa y que conviene definir en sus alcances para conocer sus implicaciones legales, religiosas y éticas.

Como la muerte es un episodio único de la vida, y de la que nadie ha regresado jamás, además de ser un paso que todos, de manera ineludible tenemos que dar, lo hemos tratado de evitar. Es algo de lo que no queremos hablar. Nos empeñamos en ignorarlo. Somos los médicos un poco culpables de este proceder, porque al ser la muerte el fracaso de nuestros esfuerzos, no queríamos

saber de ella. Ha sido en los últimos años y forzado por la tecnología que comentamos, que todas las escuelas de medicina se están abocando al análisis del tema. Al hacerlo encontraron que no solamente la definición de muerte era problema, sino que también los enfermos en fase terminal formaban parte de él, como lo mostró el caso de Ana Karen Quinan, en 1973, que se ha considerado la primera vez donde se ha hablado de este problema con amplitud mostrando los dos extremos del mismo por un lado la eutanasia y del otro la obstinación terapéutica.

Para tener una idea clara sobre el tema debemos analizarlo en sus distintas aristas, las que han sido tratadas en numerosas publicaciones, de donde hemos extractado la mayoría de los conceptos que expondré.

Existen algunos países, donde esto está bien legislado, siendo Holanda el que tiene mas experiencia, pero existiendo también en Suiza, en parte de Australia, en la India y hasta en los Estados Unidos, en el estado de Oregón. Sería largo entrar a analizar esas legislaciones y los resultados que han provocado. Lo que sí considero imprescindible es obtener de esas experiencias dos conclusiones fundamentales para entender este difícil problema:

1. Todas las legislaciones tienen un reglamento, claro y preciso que pone los límites sobre los casos en que es permitido usarlas.
2. En Holanda se considera como:

Eutanasia cuando otra persona médico o familiar inyectan o dan a tomar preparados que producen la muerte del enfermo.

No se considera Eutanasia:

- Aceptar que el paciente en su "Testamento de Vida" no acepte el tratamiento que se le está administrando o el que le estemos proponiendo
- Abstenerse de dar o suspender un tratamiento cuando se considere que no aportará ningún resultado útil a un paciente que está en fase terminal de su vida
- Los tratamientos para aliviar el dolor, que en pacientes terminales obviamente acelerarán el episodio de la muerte.

Los médicos debemos tener una sincera y abierta discusión sobre la forma de asistir a los pacientes que se están muriendo.

En relación a las consideraciones anteriores, tal vez es pertinente recordar aquí la opinión del Dr. Jacques Pohier expresada en su libro titulado "La Mort Opportune" donde expresa que la eutanasia no es la escogencia entre la vida y la muerte, sino que es la escogencia entre dos formas distintas de morir.⁸

Cuando estas ideas se han presentado al público han generado reacciones en dos áreas muy concretas, una son los medio de comunicación y otra las religiones. Presentaré las opiniones que me han parecido relevantes en cada campo.

En relación a la opinión pública se han hecho varias encuestas entre las que destaca la hecha por el periódico Sun⁹ en Inglaterra donde se encuestaron 3000 personas telefónicamente a las que se les preguntó lo siguiente:

"Algunas personas dicen que la ley debiera permitir que los individuos adultos reciban ayuda médica para tener una inmediata y pacífica muerte, si sufren de una incurable enfermedad física que se ha vuelto intolerable para ellos, y previamente han solicitado esto por escrito. Conteste si usted está o no de acuerdo".

Esta pregunta se hizo desde 1976 hasta 1993, aumentando las respuestas positivas de un 62% en el 76 hasta un 97% en el 98. Cifras semejantes se han presentado en encuestas realizadas en los Estados Unidos y en Australia. Es necesario comentar que las personas que contestaron que no estaban de acuerdo argumentan que los términos en que se ha hecho la pregunta no son claros, debiéndose a eso los resultados.

Las distintas religiones se han opuesto a esta idea, en especial los judíos y los cristianos, pero también los islámicos y los Budistas se oponen.¹⁰

Los principales argumentos que los dos primeros, judíos y cristianos, utilizan para hacerlo son:

- *La santificación de la Vida:* si la vida es un don dado por Dios, sólo Él puede decidir cuándo empieza y cuándo se acaba
- *Es prohibido matar:* el sexto mandamiento dice "No matarás". Sin embargo la Iglesia acepta que se puede matar en la guerra y en defensa propia. Probablemente la traducción del Hebreo no fue correcta y lo que debiera decir es "No asesinarás".
- *El valor del Sufrimiento Humano:* según los cristianos el sufrimiento en la tierra nos hará ganar la recompensa del cielo después de la muerte. Por eso ella tiene una significación espiritual que nos llevará a la redención. El ejemplo es Cristo.

En las encíclicas papales se aceptan los postulados de los holandeses sobre lo que no se considera eutanasia, lo cual es un gran logro que permite un mayor comprensión del problema.

No estaríamos abarcando completamente el tema, si no exponemos cómo es que piensa el cuerpo médico. Existen numerosas publicaciones, pero una de las más claras es la efectuada por la revista Sunday Times en Inglaterra en 1990.¹¹ En ella se hizo una encuesta confidencial a 300 médicos, haciéndoles varias preguntas entre las que estaba si ellos habían asistido a alguna persona para que muriera. Sólo un 15% contestó en forma afirmativa y entre ese grupo alrededor de un 60% lo había hecho: 1) no dando algún tratamiento, 2) suspendiendo el tratamiento, 3) aliviando el dolor. Solamente un 18% había prescrito una droga que causó la muerte. En la misma encuesta el 63% estaba de acuerdo en que los pacientes tenían derecho a morir y el 70% consideraban una buena idea que hicieran un "Testamento de Muerte".

A estas alturas algunos de los oyentes están preguntándose ¿y el Juramento Hipocrático, qué hacemos con él? Este es un documento establecido hace 2.500 años en Grecia y que dice:

“Nunca daré una droga mortal a nadie que me la pida y tampoco haré sugerencias sobre sus efectos”.

De acuerdo con este postulado ni siquiera deberíamos usar drogas para aliviar el dolor en los pacientes terminales. Lo que sucede es que este juramento no se adapta a las condiciones médicas actuales y se ha estado violando en otros de sus componentes, como es el caso que se promete “No dar un pesario para producir un aborto” y actualmente el aborto, en algunas circunstancias, es legal y se practica. Por eso la Asociación Médica Británica está haciendo una campaña para modificarlo

¿Cuál sería entonces la conclusión ética que derivaríamos de lo expuesto? Esta es una pregunta muy difícil de contestar y para hacerlo vamos a poner varias opiniones que nos pueden orientar. Una es la que ha expresado el Instituto de Ética Médica Inglés:

“Está éticamente justificado que un médico, actuando de buena fe, asista en la muerte de su paciente si la necesidad de aliviar un intenso y creciente dolor causado por una enfermedad incurable es claramente mayor que el beneficio de prolongarle la vida”.

La siguiente es la transcripción textual de lo expresado por el Dr. Javier Marigorta, cirujano general valenciano, doctor en Teología en una conferencia publicada en Internet.¹²

“Ni eutanasia ni la absurda obstinación terapéutica, sino buen hacer profesional con dedicación y conciencia de que la medicina tiene un límite. Si nos atenemos a la definición apuntado y a sus elementos constitutivos, vemos que no puede calificarse de eutanasia la sola terapia sintomática en los enfermos incurables; tampoco, abstenerse de maniobras de reanimación en pacientes en estado terminal, ni la interrupción de tratamientos que ya no ofrecen posibilidad curativa; tampoco es eutanasia evitar la “obstinación terapéutica” cuando se tiene certeza de la imposibilidad de curar”.

Una distinción que ayuda a clarificar el debate es, conocer la diferencia entre tratamiento inútil y tratamiento fútil”

- **Tratamiento inútil:** ante un paciente con sepsis generalizada, que se está tratando en forma agresiva con antibióticos y a pesar de eso fallece en shock séptico. Aquí a pesar del esfuerzo el tratamiento fue inútil.
- **Tratamiento fútil:** la ventilación asistida a un paciente con insuficiencia respiratoria por metástasis de un tumor intratable. En este caso desde el principio sabemos que el tratamiento no va a dar resultado.

En todos los conceptos expuestos hemos hablado de pacientes terminales por lo que es obligado que los definamos para estar claros de lo que estamos hablando.

“Es el estado que define una muerte inminente e inevitable, en la que las medidas de soporte vital sólo pueden conseguir un breve aplazamiento del desenlace”.

También ayuda mucho a comprender los alcances de la definición anterior cuando precisamos lo que no es estado terminal del paciente:

- Cuando se encuentra en una situación grave con riesgo de muerte a causa de un proceso de naturaleza curable.
- Una enfermedad incurable y de pronóstico fatal, si tiene una esperanza de vida superior a los seis meses.
- Un estado de coma en donde todavía no hay evidencia de que sea irreversible.

Algo que quiero dejar muy claro es que etiquetar a un paciente con el calificativo de terminal no quiere decir, por ningún motivo, que lo vamos a abandonar. Con él estamos obligados a hacer algunas medidas concretas como son:

Acompañamiento

Sigue siendo valedero el viejo principio de Ética Médica propuesto en el siglo 17 por Amboise Pare

“Curar a veces, aliviar a menudo; consolar siempre”.

Información

La muerte es un hecho trascendente que afecta a la persona y a su entorno familiar y cada uno de nosotros tenemos el derecho de vivir nuestra propia muerte, lo cual no es posible sin la información adecuada del médico al enfermo y a la familia. Es preciso dosificar esa información, el engaño no es recomendable, ya que al fin de cuentas el paciente es consciente de su situación y verse rodeado de medias verdades o de mentiras aumenta su ansiedad y, sobre todo, su soledad.

Atención espiritual y social

No se debe imponer nada en este campo. Deben de respetarse las creencias religiosas, y los aspectos legales y morales que el paciente tenga.

Tratamientos Paliativos

Irán fundamentalmente encaminados a combatir el dolor y la ansiedad, a mantener la alimentación, así como la hidratación, y a brindar cuidados higiénicos como: mantenimiento de la piel, medidas anti-escaras, higiene de la boca, cambio de ropa de cama, limpieza etc.

Para terminar con el tema debemos comentar algo sobre el famoso Dr. Kevorkian, del que se ha dado amplia publicidad en los medios de comunicación y que es el extremo más radical del problema, ya que él en forma activa termina con la vida de los pacientes, algunos de los cuales se ha argumentado, no reunían las condiciones de pacientes terminales. Es un individuo controversial, con características personales que favorecen el reportaje sensacional. Propone un poco la Ley de la Selva y por esta razón inaceptable. Es lo que se hace con los animales, que se llevan al veterinario para que los descansen.... Personalmente no estoy de acuerdo con esta forma radical de proceder.

Testamento de Vida

En 1991 se dicta en el estado de Ohio¹³ una ley creando este documento. Se hace con el objeto de preservar la auto determinación del paciente y lo que se perseguía con él era que la persona pudiera, cuando se encontraba en uso de sus facultades, tomar la decisión de rehusar los tratamientos. Decidir si en el final de su vida quería que se le aplicara toda la tecnología existente o se le permitiera una muerte más digna, con medidas paliativas, sin dolor ni ansiedad, limpio, e hidratado, con compasión y cariño.

Este testamento daba la impresión de que se convertiría en la gran ayuda del médico en la toma de las difíciles soluciones que le impone el final de la vida de sus pacientes. Sin embargo esto no ha sido así, porque el número que llenan este documento es todavía muy pequeño en los Estados Unidos y la costumbre se ha difundido poco por el mundo. Nosotros prácticamente no lo usamos. Las razones de este comportamiento son: los pacientes no han sido educados para aceptar la muerte y, por lo tanto, cuando están sanos no quieren ocuparse de ella. Los médicos muy pocas veces les conversamos sobre esta eventualidad. Estas dos situaciones deben corregirse. La popularización de este instrumento será de gran utilidad, evitándonos tener que tomar soluciones muy difíciles asumiendo gran responsabilidad y lo más grave de todo ignorando, a veces, lo que el paciente desearía.

Este documento también puede ser firmado por alguna persona responsable en el caso de los niños y cuando el paciente no puede hacerlo, lo que ha dado algunos problemas y contribuyendo a que sea poco usado.

Ética en la Investigación Médica

El hombre ha buscado la forma de tratar sus enfermedades, desde el inicio de la Humanidad, teniendo en esa búsqueda tres etapas:¹⁴

- *La hipocrática:* basada en elementos mágicos y en dogmas, y donde la aplicación del empirismo y la experiencia personal gobernaban el quehacer médico. En la mayoría de los casos, éste se limitaba a acompañar al enfermo mientras la naturaleza seguía sus designios, o al uso de una polifarmacia en la esperanza de que alguno de los medicamentos prescritos produjera la curación.

- *La empírica:* una de las características del Renacimiento fue la rebelión de hombre contra los dogmas y la magia. Al hacerlo se empieza a cuestionar cada hecho, cada principio, cada teoría en forma sistemática, dando nacimiento en esa forma a la ciencia experimental y al método científico donde se parte de los hechos y con una serie de pasos bien definidos se trata de entender el universo.
- *La experimental:* en el se aplica la lógica a los hechos observados para poner a prueba nuestras impresiones, opiniones o conjeturas. Se identifica y plantea un problema, se plantea una hipótesis que no es otra cosa que la posible solución o explicación del mismo, se prueba la hipótesis por medio de experimentos controlados que la resuelven y finalmente se llega, con los datos comprobado en los experimentos, a la conclusión.

En la fase experimental, encontramos varios tipos de investigación, que debemos conocer para entender los problemas éticos que ésta puede generar.

- *Investigación básica:* es la que se realiza en animales de laboratorio, en materiales no humanos y en tejidos humanos. Tiene por objeto estudiar la naturaleza de la biología humana y se realiza en el laboratorio.
- *Investigación clínica:* se realiza en seres humanos sanos o enfermos. El objeto es determinar la eficacia y la seguridad de las medidas diagnóstica y terapéuticas, por lo que tiene que realizarse en clínicas y hospitales.
- *Investigación epidemiológica:* se realiza en poblaciones o grupos de seres humanos y el objeto es la descripción y búsqueda de la causalidad, siendo la comunidad, las clínicas y los hospitales el lugar donde se realiza.

En el XIX los medicamentos eran sustancias naturales, extraídas de plantas, animales o minerales y su uso se basaba en experiencias empíricas. Se vendían en exhibiciones, que recorrían los pueblos sin ningún control, lo que provocó hechos lamentables que han obligado a una reglamentación para el uso de nuevos productos. Un resumen de estos hechos es el siguiente:

- *El "Pure Food and Drug Act":* en 1906, Upton Sinclair publica su novela "The Jungle" donde describe el dantesco espectáculo de los mataderos y empacadores de carne de Chicago. Provoca tal escándalo que el Congreso aprueba la ley de ese nombre, que prohibía la venta de productos en mal estado y mal etiquetados. No fue suficiente, pues no lo hacía con los productos que eran tóxicos.
- *US Food, Drug and Cosmetic Act:* en 1937, más de 100 personas pierden la vida al usar el "Strep Elixir" que era un producto a base de sulfanilamida, pero en que usaron como vehículo el dietilenglicol, un anticongelante, altamente tóxico para seres humanos. En 1938, el Congreso de los Estados Unidos dictó esta ley, que establece *que los productos farmacéuticos deben de aportar pruebas científicas de su seguridad antes de salir al mercado.*

- **El Código de Nuremberg:** el descubrimiento de las atrocidades cometidas por los médicos nazis en los campos de concentración durante la Segunda Guerra Mundial, donde fueron condenados 23 médicos, por experimentos con: vacuna contra el tifus exantemático, esterilizaciones, hipotermia inducida, ayuno prolongado y reacción del organismo a despresurizaciones. Siendo probablemente la más espeluznante de estas atrocidades la del médico de la SS Josef Mengele en Auschwitz, quien inyectó bacterias del tifus, a gemelos univitelinos de origen judío y gitano. Como parte de este juicio se emitió un documento conocido como “Código de Nuremberg”, el cual establece 10 principios básicos para protección de los seres humanos que participan en un estudio. El principal de ellos es que: *el individuo debe dar un consentimiento voluntario para participar en una investigación.*
- **Enmienda Kefauver-Harris:** en 1950 y 1960 miles de niños nacieron con severas deformaciones como consecuencia del uso de la talidomida por su madres durante el embarazo. (“Síndrome de Dismelia”) El producto fue patentado y registrado ante la OMS en 1954 y sale al mercado con el nombre de Contergán como somnífero. Durante su investigación había sido administrado a 300 personas sin efectos tóxicos. Este hecho provocó más de 3000 denuncias. El producto nunca se distribuyó en los Estados Unidos porque una funcionaria burócrata, lo guardó en una gaveta y nunca se aprobó. Ella era de apellido Harris, por eso el nombre de la ley. Es la que *obliga a la presentación de pruebas científicas de eficacia y seguridad para todo producto nuevo que se vaya a utilizar en seres humanos.*
- **Declaración de Helsinki:** es el primer esfuerzo global para establecer los estándares de protección para los sujetos que participan en una investigación. Creada por la Asociación Médica Mundial en 1964 y revisada en Japón 1995, Venecia Italia 1983, Hong Kong 1989 y Sudáfrica 1996. *Garantiza la seguridad de los participantes y los principios éticos de la Investigación.*
- **Normas de la Buena Práctica Clínica de la FDA de los Estados Unidos:** en 1977, la FDA publicó el Código de Regulaciones Federales, que garantiza la calidad de los estudios en los que participan seres humanos.
- **El informe Belmont:** en 1974 el Congreso de los Estados Unidos integró la Comisión Nacional Norteamericana para la protección de los Sujetos que participan en una investigación Biomédica, que fue la que emitió el informe, el cual establece tres principios éticos fundamentales en la ejecución de los ensayos clínicos: *Autonomía, Justicia y Beneficencia.*
- **Guías Éticas Internacionales en Investigación Biomédica:** a finales de la década de los setenta y por las circunstancias que generaban los países en desarrollo con relación a la aplicabilidad del Código de Nuremberg y la Declaración de Helsinki, el Consejo para Organizaciones Internacionales de

Ciencia Médicas (CIOMS) y la Organización Mundial de la Salud, decidieron estudiar el tema. En 1982 se publican la proposición para estas guías, que son aprobadas en Ginebra Suiza en 1992. Están especialmente diseñadas para ayudar al desarrollo de políticas nacionales en países en vías de desarrollo y no contemplan lo relativo a la investigación sobre el genoma humano.

- **Conferencia Internacional de Armonización:** en la década de los 80 los Estados Unidos, Francia, Alemania, Gran Bretaña, las Comunidades Nórdicas, la Comunidad Económica Europea y Japón desarrollan sus propias regulaciones para la investigación en donde intervienen seres humanos. Para armonizar todas estas reglamentaciones se crea esta conferencia y de ella sale en 1996 “la Guía para la Buena Práctica Clínica”.

Como se desprende de la resumida exposición de las reglamentaciones que existen a nivel mundial actualmente, los seres humanos que participan en una investigación científica tienen una adecuada protección. Viéndolo desde otro ángulo, de cada 10.000 compuestos sintetizados, solamente 1.000 llegarán a la fase de investigación en animales y apenas 10 de ellos iniciarán estudios en seres humanos y solamente uno llegará al mercado para uso terapéutico. Este es un largo y cuidadoso proceso, donde se han tomado todas las precauciones para que no se cometan los errores del pasado y se ofrezca la mayor seguridad a los seres humanos que participan en una investigación científica.

En Costa Rica tenemos una legislación que contempla todas las protecciones expuestas, las que están incluidas en el decreto 27349-S del 18 de setiembre de 1998, el cual deroga los decretos anteriores, dentro de los que estaba las reglamentaciones que al respecto tenía la CCSS. Este decreto crea el Consejo Nacional de Investigación en Salud como un órgano asesor y de consulta del Ministerio de Salud, (quien lo nombra). Es este órgano el que certifica los Comités Ético-Científicos, que serán los encargados de la aprobación, seguimiento y control de los protocolos de investigación, que luego serán elevados al Consejo para su definitiva aprobación. Estos comités podrán estar en las instituciones o ser privados pero certificados por el consejo. El ideal sería que en lugar de un decreto, esto fuera una ley, pero razones de orden socio-político han recomendado que no se hiciera así. Con este marco legal están los costarricenses bien protegidos en lo que a investigación científica con seres humanos se refiere.

¿Dónde es que se pueden violar los principios éticos en las investigaciones ?

- **Cuando se viola la autonomía que comprende:**
 - Una información adecuada al sujeto participante de los procedimientos y sus posibles riesgos.
 - La seguridad de parte del investigador de que el sujeto ha comprendido lo explicado.
 - El consentimiento, voluntario sin coacción, escrito y firmado.

- *Cuando se viola el principio de Justicia:*
 - Todos deben recibir un trato justo y equitativo
 - No deben haber grupos expuestos a mayores riesgos
 - Evitar la inclusión de sujetos vulnerables (prisioneros, niños, condenados a muerte).
- *Cuando se viola el principio de Beneficencia:*
 - Sólo deben hacerse estudios donde se prevé beneficio para la humanidad
 - En el balance de riesgo-beneficio siempre debe preferirse al sujeto
 - Por ningún motivo se debe hacer daño al participante
 - Reducir al mínimo riesgos y molestias.

Los conceptos anteriores son más aplicables a la medicina, específicamente a la investigación de los medicamentos. ¿Cómo pueden aplicarse todo esto al campo de la cirugía?

En la cirugía se han identificado problemas éticos, en el campo de las innovaciones y en de la investigación de nuevos procedimientos, de donde han surgido varias preguntas:

- ¿Cuándo debería un cirujano crear una innovación al procedimiento que se ha usado en forma rutinaria y si debería someterlo a un análisis científico?

El Dr. Mark Rowe, Jefe del Departamento de Cirugía del Hospital de Niños de Pittsburg, me comentaba: "Cuando se opera un niño con una malformación congénita usando la técnica quirúrgica tradicional, se hacen las cosas bien y una y otra vez se fracasa, estando en presencia de la misma patología y de pacientes semejantes, lo lógico es pensar en *innovar*, crear una nueva forma de resolver el problema". Este ha sido el instrumento para que la cirugía progrese. Junto a este progreso, se han realizado modificaciones, donde ha resultado peor el remedio que la enfermedad, por lo que planteada la innovación, debe someterse a una evaluación.

- ¿Cuándo y cómo deben someterse las innovaciones a un estudio comparativo, para demostrar su utilidad?

Esto es difícil en cirugía, ya que planteada la innovación, mantener un grupo con la técnica que ha experimentado los fracasos no sería ético, ya que no estaríamos beneficiando a esos pacientes lo que atentaría contra la ley Belmont. Compararlo con un grupo histórico tampoco sería lo correcto, ya que condiciones cambiantes en el tiempo y en la experiencia de los cirujanos puede distorsionar los resultados. Lo recomendable es una amplia y honesta discusión con sus colegas sobre los riesgos y beneficios antes de plantear la innovación y una vez que se haya puesto en uso, mantener un control de los resultados para determinar si beneficia y suspenderla si no es así. En estas decisiones no deben influir ni intereses personales ni mucho menos económicos que beneficien a los productores de implementos, instrumental o máquinas empleadas.

- ¿En relación a los nuevos procedimientos, con qué requisitos se debe cumplir?

Es imprescindible convencer a los colegas que el procedimiento tiene fundamento científico. Cuando sea posible, debe probarse en los laboratorios de cirugía experimental en animales. Cuando se emplee en seres humanos, se debe tener la seguridad de que no es perjudicial y el grupo debe haber adquirido la experiencia suficiente, para realizarlo con excelencia. Debemos tener bien claro que el ejercicio de la cirugía no tiene por que diferir del de la Medicina, por lo que no debe usar procedimientos diferentes.

Obligaciones del cirujano y sus regulaciones

Desde la antigüedad han existido regulaciones para el ejercicio de la cirugía. En la antigua Babilonia, las tenían para las compensaciones que se debían pagar por los cuidados quirúrgicos y los castigos que se imponían cuando los cirujanos cometían errores. Por ejemplo en el Código de Hamurabi, si un paciente moría durante una operación, al cirujano se le cortaba una mano. También se encuentran regulaciones en la Edad Media y de ellas derivan la creación del Colegio Real de Cirujanos de Inglaterra que establece un vínculo entre la corona y los cirujanos ingleses, reglamentando sus actos. Algo semejante sucede en los Estados Unidos con el American College of Surgeons.¹⁵

Los adelantos que ha tenido la cirugía, así como lo complejo de los procedimientos, dificulta la evaluación de sus actos, ya que para hacerlo correctamente se requieren un acúmulo de conocimientos técnicos que sólo los tiene el propio cirujano. Por esta razón tienen que ser ellos, los cirujanos, los que lo hagan. Junto al aspecto técnico existen otros, de orden económico y de desarrollo de la informática que lo hacen fácilmente cuantificable, tanto en dinero como en los resultados. Todo esto está obligando a los cirujanos a una evaluación constante.

Deben existir ciertas reglas éticas para realizar esta evaluación, para mantener la integridad profesional, y la integridad moral de la medicina.

- Ejercer la cirugía con capacidad lo que significa conocimiento científico, capacidad técnica, y humanismo. Esto último se refiere a la buena comunicación con el enfermo y su familia principalmente.
- Buscar siempre el beneficio del paciente y hacer el menor daño posible, él le confía su cuerpo y queda enteramente vulnerable a sus actuaciones. Acepta, es cierto, algún sufrimiento para curarse, (por ejemplo: quimioterapia).
- Evitar la interpretación fraudulenta de los conocimientos médicos, para obtener beneficios.
- Fidelidad a la relación que el tratamiento crea con sus paciente, para lo que se requiere una gran disciplina a donde muchas veces tiene que sacrificar sus intereses personales en favor del cumplimiento de su deber.

Algunas situaciones especiales crean problemas éticos que conviene analizar por separado.

- *Cirujanos con alguna Incapacidad:* son los casos en donde el cirujano es adicto al alcohol, a las drogas, o tiene algún otro impedimento mental que lo incapacita para realizar la delicada función de operar. Cuando estos casos estén bien comprobados se debe actuar, siempre a favor del paciente y no se les debe permitir su actuación. Como ellos no trabajan solos es fácil identificarlos. En los hospitales universitarios y en los que están bien organizados esto se debe enfrentar claramente. Son las autoridades encargadas de dirigir las instituciones las que deben tomar las medidas pertinentes para que no actúen, protegiendo en esa forma los enfermos.
- *Los cirujanos que se retiran:* sobre la edad de retiro, hay mucha diferencia entre un país y otro y, probablemente, lo más correcto sea el análisis individual del problema, ya que algunas personas pueden mantener su vigor y sus capacidades físicas más largo tiempo que otras. Es importante considerar dos cosas: 1): su vigor para seguir aprendiendo, trabajando y enfrentando los problemas que a diario tiene la cirugía, así como el raciocinio y claridad que tenga para resolverlas y 2) sus limitaciones físicas, de vista, de habilidad, de resistencia. Evaluando esos dos campos el propio cirujano tendrá información suficiente para decidir la edad de retiro. El problema es si su incapacidad no le permite una buena evaluación. En ese caso deben ser las autoridades que manejan la institución las que lo hagan. Esto es lo ético y lo que va en favor del paciente.
- *La revisión del trabajo de los colegas:* se refiere fundamentalmente al análisis de la mortalidad y de las complicaciones quirúrgicas. Se ha desarrollado mucho con los aportes que le han dado la tecnología de la computación y la informática. Esto es lo que ha permitido comprobar que el error dentro de los hospitales es más alto de lo que suponíamos. Para mencionar un ejemplo, en los hospitales del estado de New York¹⁶ se hizo una evaluación que demostró un 4% global de errores, y lo más grave es que el 14% de los enfermos donde esto sucedió, murieron. Los errores fueron: de técnica quirúrgica, de omisión de algún procedimiento, falta de estudio pre-operatorio de los pacientes, drogas usadas en dosis inadecuadas, o equipos defectuosos.

Al abordar este campo se piensa que la solidaridad profesional obliga al médico a no denunciar estos errores, lo cual podría haber sido una costumbre en el pasado, pero no lo es actualmente. El Dr. Mc.Intyre y el filósofo Karl Popper¹⁷ publican un trabajo en *British Medical Journal* en 1983 con el título de: "Critical Attitude in Medicine: the need of a New Ethics" en el puntualizan las negativas consecuencias de necesitar ser infalible, usando la deshonestidad intelectual para ocultar los errores.

La aplicación de las técnicas de Calidad Total dentro de los hospitales y las empresas ha demostrado que la honestidad y el perdón de los errores reduce su incidencia.

Todos estos conceptos obligan a los cirujanos a dos cosas:

- Revisión cuidadosa de las estadísticas que muestren sus resultados, las que deben tenerse mes a mes y con los detalles suficientes para identificar los errores y, si es posible, sus causas
- Las conferencias de morbi-mortalidad donde se analizarán la mortalidad y las complicaciones del Servicio, en una discusión tolerante, pero con mucha responsabilidad intelectual.

Desde los inicios de la cirugía dos cosas han estado muy claras, 1) la necesidad de realizar los procedimientos contando con la colaboración de otros colegas, formando un equipo, (anestesiólogos, asistentes, instrumentista, etc.) y 2) la obligación de entrenar a otros colegas en el arte de operar. Ambas circunstancias crean una serie de implicaciones éticas que es necesario comentar.

El trabajar en conjunto con otras personas obliga a tener claro el concepto de equipo, algo sobre lo que sociólogos, filósofos y entrenadores deportivos han realizado amplios estudios. Se han creado una serie de recomendaciones que son fundamentales para que logre su meta, que en nuestro caso, es el buen resultado quirúrgico. Algunas de esas recomendaciones son las siguientes:

- Cada miembro del grupo debe estar de acuerdo y personalmente dispuesto a alcanzar las metas propuestas, conociendo sus reglas y procedimientos.
- Los éxitos y los fracasos son del grupo y no de uno de sus miembros.
- Sin embargo, debe existir un capitán en el grupo, esto puede crear conflicto.
- El capitán es el que dice lo que hay que hacer, él debe mantener la moral, y es una traición estar en contra de sus órdenes. Si se antagoniza al director de la orquesta, no se logra una buena melodía.
- El amplio conocimiento debe ser condición fundamental del capitán que, junto con su tolerancia, creará la armonía del grupo, haciendo que cada miembro se desempeñe en su campo.
- Las intimidades del grupo, sus conflictos y divergencias, deben resolverse dentro del grupo y no fuera de él.

Lo que en concreto pretenden estas reglas es que se puedan lograr dos objetivos fundamentales:

1. Asegurar actuaciones y actitudes del grupo que logren y promuevan excelentes procedimientos quirúrgicos en beneficio del paciente.
2. Mantener entre sus miembros un ambiente de: competencia, respeto mutuo y fluidez en los procedimientos, sin trabas, sin caprichos, ni exceso de reglamentos.

Si por algún motivo surgiera un conflicto entre estos objetivos, se debe dar siempre, prioridad al primero, porque la calidad del cuidado del enfermo se antepone a todo.

El entrenamiento de los futuros cirujanos es una obligación ineludible; es la que nos va a garantizar el progreso y la prevalencia de buenos actos quirúrgicos en el futuro.

Estos programas de entrenamiento tienen que cumplir con algunos requisitos:

- Tener claros los objetivos que el estudiante debe lograr en la especialidad o sub-especialidad.
- Brindar las oportunidades para que se enfrente a los distintos problemas de la especialidad, asistiendo a los pioneros en el campo. La improvisación del principiante es muy peligrosa para el enfermo.
- Una supervisión vigilada de sus actuaciones.
- Posibilidad de preguntar y de asistencia de los profesores cuando la necesite.
- Una justa pero rigurosa evaluación de su desempeño.

En el desarrollo de todos los programas de enseñanza de la cirugía vamos a encontrar el conflicto de intereses que se produce entre la obligación que tiene el cirujano con el paciente y el que tiene con el estudiante, pues al brindarle al segundo la oportunidad de que adquiera sus destrezas haciendo algunos procedimientos, se corre un riesgo para el paciente. Esto obliga a tener claros varios conceptos éticos:

- Se le debe permitir actuar, a pesar de que eso tendrá un riesgo, este debiera ser mínimo, si hay una buena supervisión.
- Debe existir en los programas una supervisión estricta, que garantice al paciente que los procedimientos se harán bien.
- Deben existir reglas claras de: dónde y cuándo y cómo podrá hacer los procedimientos, así como del grado de supervisión que estos tendrán. También debe estar claro quién es el capitán del equipo, en caso de que se presenten problemas.

Debemos ser muy cuidadosos de las acciones y actitudes tengan los cirujanos que estamos formando, tratar de que éstas sean éticas, que traten de pensar siempre por ellos mismos, en libertad, sin trampas, responsablemente.

Los temas presentados son sólo una pincelada para motivarlos a pensar, el tema da para mucho más, pero el tiempo no lo permite.

Para terminar quisiera volver sobre el principio de la conferencia, si tenemos la facultad de crear y de elegir, hagámoslo sin temor, porque la vida tiene un único sentido, va hacia adelante y no se repiten las jugadas, por lo que debemos tratar siempre de acertar, de no fallar, pero si no lo logramos, si fallamos, no debemos desfallecer ante la circunstancia. Hemos aprendido una lección más que nos ha de servir en la próxima actuación.

Quisiera terminar robándole a Fernando Savater el final de su libro "Ética para Amador": "*Cuando se trate de elegir, procura elegir siempre aquellas opciones que permiten luego mayor número de otras opciones posibles, no las que te dejan cara a la pared. Elige lo que te abre: a los otros, a nuevas experiencias, a*

diversas alegrías. Evita lo que te encierra y lo que te entierra. Por lo demás ¡suerte! Y también aquello otro que una voz parecida a la mía te gritó aquel día en tu sueño cuando amenazaba arrastrarte el torbellino: ¡confianza!".

Mi despedida es una copia de Sthendal:

"Adiós amigo lector; intenta no ocupar tu vida en odiar y tener miedo".

Referencias

1. Savater Fernando: *Ética para Amador*.
2. Paz Octavio: *La Otra Voz*.
3. From Eric: *Ética y Psicoanálisis*.
4. Sholoendorf v. Society of New York Hospital 211 N.Y. 125,126 N.E. 92,93 1914.
5. Sigler Mark. Confidentiality in Medicine - E Decrepit Concept New England J. Of Medicine 307(1982):1518-1521.
6. Tarasoff V. Regents of he University of California 551 P2d 334(1976 California Supreme Court.
7. Ad Hoc Committee of he Harvard Medical School toa examine he Definition of Brain Death, "A Definition of Irreversible Coma" JAMA 205, 1968: 337-340.
8. Smook Arche, He Dutch Way, He Voluntary Euthanasia Society: Speeches. Internet.
9. The Voluntary Euthanasia Society: Public opinion on assisted dying 1999 Internet.
10. The Voluntary Euthanasia Society Religious views on assisted dying 1999 Internet.
11. The Voluntary Euthanasia Society: Medical opinion on assisted dying 1999 Internet.
12. Marigorta Javier. Eutanasia versus Cuidados Paliativos. jmarigorta@edunet.iernet.es.
13. Slomka Jacqueline. Advance Directives Where are we ¿where are we going? Departmente of Bioethics & Ethics Committe; he Cleveland Clinic Foundation.
14. Rodríguez Guillermo. Manual de Investigación Clínica. 1999.
15. Brieguer Gert. "The Development of Surgery" In Texbook fo Surgery 15th ed. W.B.Sauders Company, 1994. Pp 1-15.
16. LucianL. Leake et al "He Nature of Adverse Events in Hospitalized Patients: Results of he Harvard Medical Practice Study" New England Jorunal of Medicine 324 (1991): 377-384.
17. Neil McIntyre ad Karl Popper. "The Critical Attitude in Medicine: The Need for a New Ethics" British Medical Journal 287 (1983) : 1919-1923.