

# Bioética y medicina crítica: Escuchemos a los usuarios

DRS. PASCUAL VALDEZ, DANIEL ELISABE, LEONARDO VASTA, ADRIANA POSE,  
CLAUDIA FUKUDA, GABRIEL ORLANDO, LIC. LILIANA PIERINI,  
ENF. MG. MERCEDES ALBORNOZ.

Hospital Vélez Sarsfield. GCBA.  
Calderón de la Barca 1550  
e-mail: rpascual46@gmail.com

## Palabras clave

- eutanasia
- aborto
- testigos de Jehová
- autonomía
- trasplantes
- bioética
- futilidad
- donación de órganos

## Key words

- euthanasia
- abortion
- Jehovah's Witnesses
- autonomy
- transplants
- bioethical
- futility
- donation of organs

## Resumen

**Objetivos.** Evaluar opiniones y argumentos respecto a aceptar tratamientos invasivos, eutanasia, aborto, investigación experimental, donación de órganos, infiriendo a través de ellos los posicionamientos de nuestra sociedad en referencia a los principios y reglas de la bioética: beneficencia, autonomía, justicia, veracidad, no maleficencia

**Material y métodos.** Diseño prospectivo, observacional, transversal, analítico. Se encuestaron 127 personas mayores de 18 años de la comunidad del área de influencia hospitalaria. Muestra azarizada. Estadística descriptiva, inferencial y regresión logística.

**Resultados.** contestaron la encuesta 83 mujeres y 44 varones. El promedio de edad fue de  $36.59 \pm 0.99$  años. El 63% de los encuestados aceptaría tratamiento invasivo ( $p 0.004$ ) y el 66% no firmaría anticipadamente órdenes de no reanimación ante un cuadro crítico con enfermedad terminal. Se declaró a favor del aborto el 55.11% ( $p 0.28$ ), de la investigación experimental con seres humanos el 54.33% ( $p 0.37$ ) y de eutanasia el 74.01% ( $p < 0.0001$ ). Aceptarían ser donantes de órganos el 23.62% de los encuestados. Las variables predictoras de donación fueron: menor miedo a la extracción precoz de los órganos ( $p$  valor 0.0008, OR 7.53), mayor nivel de estudios ( $p$  valor 0.0220, OR 4.23), y presencia de discusión familiar ( $p$  valor  $< 0.00001$ , OR 32.87).

**Conclusiones.** Hubo opiniones a favor de la *beneficencia* en los ítems: aceptación de tratamientos invasivos, no aceptación de que se firmen órdenes de no resucitación y transfundir a testigos de Jehová a pesar de la negativa de los mismos; a favor de la *autonomía* en: aceptación de eutanasia, del aborto y experimentación experimental y de preferir actitud médica flexible. La *justicia* fue el principio más votado. La prevalencia de donantes es baja, y se vincula positivamente con la discusión familiar previa y el nivel educacional.

## Summary

**Objective.** To know opinions and arguments regarding invasive treatments, euthanasia, abortion, experimental research, donation of organs.

**Material and methods.** Design prospective, observational, transverse, analytical. We survey 127 eighteen-year-old major persons of the community of the area of the hospital influence. Random sample, descriptive statistics, inferential and logistic regression.

**Results.** Women 65.35 %, age:  $36.59 \pm 0.99$  years. They accept invasive treatment in 63% ( $p 0.004$ ) and they are in favour of abortion in 55.11% ( $p 0.28$ ), of the experimental research in 54.33% ( $p 0.37$ ), and support euthanasia in 74.01% ( $p < 0.0001$ ). The donors are 23.62% of the polled ones. The variables associated with donation are: be less frightened about precocious extraction of the organs

(p value 0.0008, OR 7.53), major level of studies (p value 0.0220, OR 4.23), and presence of familiar discussion (p value < 0.00001, OR 32.87).

**Conclusions.** There were opinions in favour of the welfare of the patients in these points: acceptance of invasive treatments, not to sign Do Not Resuscitate Orders and to transfuse Jehovah's Witnesses; in favour of the autonomy in: acceptance of euthanasia, abortion and experimental experimentation and preference of medical flexible attitude. The justice was the most voted beginning. The donors' prevalence is low, and links itself to the familiar discussion and to the educational level.

## Introducción

En medicina crítica existen algunos temas puntuales referidos a dilemas éticos<sup>1</sup>, siendo los principales el paciente muerto según criterios neurológicos como potencial donante, las decisiones éticas al inicio y fin de la vida (que incluyen aspectos relacionados a eutanasia, aborto, decisiones subrogantes, abstención y retiro del soporte vital, etc.).

De la vasta literatura existente en el tema, la gran mayoría hace referencia a estudios, encuestas a profesionales, reflexiones filosóficas, opiniones de expertos. Es ínfima la referencia en la literatura a opiniones poblacionales, y las pocas referencias existentes, que se verán más adelante en la discusión, son referidas a eutanasia y directivas anticipadas, la mayoría de ellas en el marco de formar política hospitalaria.

En el presente estudio se realizó un abordaje poblacional a fin de conocer sus opiniones sobre temas bioéticos relacionados con aspectos de la medicina crítica, haciendo hincapié en temas como eutanasia, decisiones de no resucitación (ONR), investigación experimental, aborto (patología cuya mortalidad incumbe a las unidades de cuidados intensivos), donación de órganos y a la aplicación de los principios de la bioética en situaciones críticas, en todos los casos desde la óptica poblacional.

## Material y Métodos

Los objetivos del presente estudio son:

- Evaluación del número de personas que aceptarían un tratamiento invasivo en presencia de enfermedad terminal, que firmarían una orden de no reanimación (ONR), que avalarían transfundir a testigos de Jehová.
- Jerarquizar los principios de bioética desde la óptica comunitaria.
- Evaluación de opiniones y argumentos respecto a eutanasia, aborto, investigación experimental.
- Identificar en un modelo multivariado las variables predictoras de opiniones a favor de aborto y de eutanasia.

- Evaluación del número de potenciales donantes.
- Describir opiniones de la población relacionadas a la donación.
- Determinar variables predictoras de donación en un modelo logístico.

### Diseño

Prospectivo, observacional, transversal, analítico, a través de una encuesta efectuada a personas mayores de 18 años que viven en la comunidad del área de influencia de un Hospital de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Período de la encuesta: 1/3/2004 – 30/4/2004

La muestra fue azarizada sobre 127 personas.

### Metodología

Se entrenaron previamente 5 encuestadores que realizaron la encuesta cara a cara. El cuestionario utilizado fue mixto (abierto-cerrado).

### Estadística

Descriptiva, inferencial y regresión logística.

### Instrumento

- *Datos filiatorios:* Sexo, edad, estado civil, número de hijos, cobertura médica (prepago, obra social, hospital), estudios cursados (primario, secundario, terciario; completos o no)
  - *Cuestionario sobre bioética general*
1. Si usted presentara una enfermedad terminal, y sufre una recaída que puede ser reversible con un tratamiento agresivo (tubos en la garganta, pulmón, catéteres y sondas), ¿aceptaría dicho tratamiento? ¿Por qué?
  2. Si un familiar suyo presentara una enfermedad terminal, y sufriese una recaída que puede ser reversible con un tratamiento agresivo (tubos en la garganta, pulmón, catéteres y sondas), ¿aceptaría que le apliquen dicho tratamiento? ¿Por qué?
  3. ¿Usted firmaría en vida ante un escribano público una "Orden para que no se le reanime" (ONR) para que no se le hagan procedimientos invasivos si padeciese una enfermedad terminal?

4. Los testigos de Jehová no aceptan transfusiones de sangre. Si el grupo médico se encontrara ante una situación de necesidad de transfundir sangre para salvar la vida de dichas personas, ¿cómo piensa que debería ser el proceder médico? (si usted es Testigo de Jehová, aclárelo).
5. ¿Cómo jerarquizaría usted las siguientes situaciones ante posibles conductas médicas? (cada respuesta debe tener un número distinto del 1 al 5: 1 es la más importante, y 5 es la menos importante)

Situación (*)	puntaje
- Que los procedimientos médicos no le hagan mal.	
- Que le digan siempre la verdad sobre sus problemas de salud.	
- Que le informen que le quieren hacer, y usted decide si lo acepta o no.	
- Que los recursos en salud estén disponibles igualmente en la sociedad.	
- Que se le instituyan tratamientos adecuados, sin importar sus deseos de recibir o no dicho tratamiento y sin conocer sus complicaciones.	

(\*) Las situaciones presentadas representan en ese orden: No maleficencia, veracidad, autonomía, justicia y beneficencia.

6. ¿Qué actitud prefiere de su médico tratante?:  
Una actitud rígida:  
"Usted debe hacer estos estudios y seguir este tratamiento, pues yo le he hecho el diagnóstico y esto es lo mejor para usted".  
O bien: Una actitud flexible:  
"Estos estudios son para aclarar su problema de salud. ¿Está de acuerdo en realizarlos? Luego contamos con este tratamiento para mejorar su problema, pero debe tener en cuenta que en algunos pacientes trae algún efecto colateral que le explicaré, ¿usted acepta este tratamiento o prefiere buscar otra alternativa?"
  7. ¿Acepta el aborto?; ¿Porqué SÍ o NO?
  8. ¿Qué opinión tiene usted acerca de la investigación experimental en seres humanos?
  9. Usted sabe que hace poco se aprobó la eutanasia en Holanda, pero para su implementación debe comprobarse que el paciente padece una enfermedad incurable, tiene gran sufrimiento y desea el procedimiento. ¿Cuál es su opinión al respecto?
- *Cuestionario sobre procuración de órgano.* (Encuesta sobre Factores Psicosociales de la Donación y Trasplante de órganos diseñada por la Universidad Autónoma de Madrid, 1995, modificada por nuestro grupo.)
1. ¿Usted es donante declarado de órganos?
  2. En caso que sí, ¿es por tarjeta o DNI? ¿O sólo por voluntad?

3. En caso que sí, ¿Por qué es donante?
4. En caso que no, ¿Por qué no es donante?
5. ¿Hubo discusión familiar? (sea o no donante).
6. ¿Usted cree que es factible el comercio de órganos? ¿Por qué?
7. ¿Tiene usted miedo a que, en el caso de ser donante y estar internado grave, le saquen los órganos antes de tiempo?
8. Si usted no es donante, ¿cree que esa situación es posible?
9. Si usted no es donante, ¿cree que tiene derecho a recibir órganos en caso de necesitarlo? Fundamentalmente, ya sea SÍ o NO.
10. ¿Por qué cree que la donación es baja en nuestro país?
11. ¿Cómo aumentaría la donación?

Vale destacar que esta encuesta se realizó mientras estaba en vigencia la ley 24193, antes de la modificación de la misma por la ley 26066 de diciembre de 2005.

## Resultados

La población encuestada fue de 127 personas, con predominio de mujeres y de estado civil casados o en pareja. La media de edad fue  $36.6 \pm 0.99$  años, y la media de hijos  $2.00 \pm 0.15$ . El 36.22% tenía solo estudios primarios (completos o no) y el 66.41% se atendía en el hospital público por falta de obra social, revelando desocupación o subocupación.

El 62.99% aceptaría un tratamiento agresivo para una reagudización en presencia de una enfermedad terminal, y el mismo porcentaje lo haría para un familiar ( $p 0.004$ ). Las principales argumentaciones son: para pelear hasta el final y para tener un poco más de vida (92.50%) (Tabla 1, Figura 1).

El 66.14% no firmaría una ONR para que no se le apliquen procedimientos invasivos ( $p 0.0004$ ).

El 77.16% avala transfusiones a Testigos de Jehová ( $p < 0.0001$ ). De este grupo, el 51.01% opina que el médico debe cumplir con su juramento y transfundirlo, sin importarle la religión, salvarlo y luego ver que pasa con la ley. De los encuestados que no avalan la transfusión, el 89% se basa en el respeto de la autonomía, pero el 11% restante indicaría la transfusión si se tratase de un menor (Tabla 2).

Al jerarquizar los principios de la bioética a partir de ejemplos, surgen en orden de importancia: justicia, autonomía, no maleficencia y beneficencia. Vale destacar que la veracidad, como valor, ocupó el mismo ranking que la justicia en la opinión de los encuestados (Figura 2).

TABLA 1  
¿Aceptaría para usted un tratamiento invasivo ante un problema clínico reversible en presencia de una enfermedad terminal?

Por qué si (total= 80)		Por qué no (total= 35)	
Para pelear hasta el final	39 (48.75%, IC 95: 37.40, 60.18)	No prolongar el sufrimiento propio	9 (25.71%)
Para tener un poco más de vida	35 (43.75%, IC 95: 32.67, 55.30)	No prolongar sufrimiento familiar	8 (22.85%)
Para no dejar morir	5 (6.25%)	La ciencia no puede más	5 (14.28%)
Para tener unos minutos más para arrepentirse ante Dios	1 (1.25%)	No aceptar seguir con enfermedad irreversible	4 (11.42%)
		No aceptaría métodos invasivos	4 (11.42%)
		Por costo beneficio	1 (2.85%)
		Requeriría una orden de no resucitar si no estoy lúcido	1 (2.85%)
		Solo Dios sabe cuando debo morir	1 (2.85%)
		No hace comentarios	2 (5.71%)

TABLA 2  
¿Avala transfusión de sangre a un Testigo de Jehová en peligro?

Por qué si (total= 98)		Por qué no (total= 18)	
Que el médico cumpla con su juramento y lo transfunda como sea (sin importarle la religión)	40 (40.81%, IC 95: 30.99, 51.21)	Respetaría su autonomía	16 (88.88%, IC 95: 65.28, 98.62)
Lo salvaría y luego vería la ley	10 (10.20%)	Respetar su autonomía, pero diferenciar si es un menor: transfundirlo	2 (11.11%)
Llamar al juez para que él decida	3 (3.06%)		
Llamar al juez para cubrirse, y transfundirlo	1 (1.02%)		
No hace comentarios	44 (44.89%)		



Figura 1. Respuestas sobre aceptación de tratamiento invasivo para sí mismo

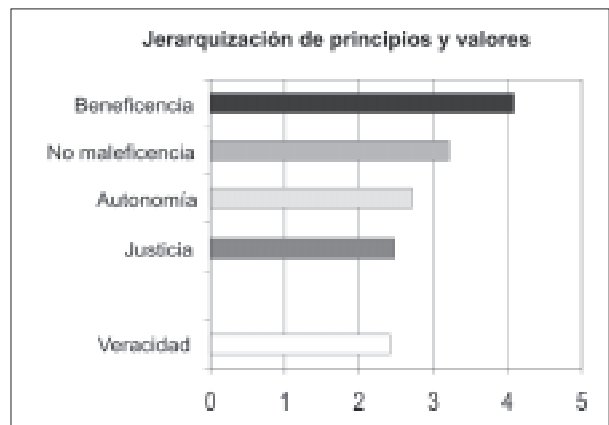


Figura 2. Jerarquización de principios y valores

La actitud médica preferida por los encuestados fue la flexible (67.71%) en relación a la paternalista (27.55%) (p 0.0001).

El 55.11% se manifestó a favor del aborto (p 0.28), argumentando el riesgo de vida materno en el 38.57%, y el ejercicio de la autonomía materna en el 35.71%.

Del 42.51% que está en contra, el 75.93% opina que se trata de asesinato (Tabla 3).

El 54.33% está a favor de la investigación experimental en seres humanos (p 0.37), y de éstos, el 50.72% se inclina a la misma basándose en argumentos científicos, de salud, utilidad y necesidad; el

TABLA 3  
¿Está a favor del aborto?

A favor (total= 70)		En contra (total= 54)	
Por violación o riesgo de vida materna	27 (38.57%, IC 95: 27.17, 50.97)	Es asesinato	41 (75.92%, IC 95: 62.35, 86.51)
Respetar autonomía (arreglar errores, embarazo no deseado, pobreza)	25 (35.71%, IC 95: 37.80, 62.19)	Va contra la religión	4 (7.40%)
Problemas en descendencia y malformaciones	7 (10.00%)	Es dañino para la madre	3 (5.55%)
En menores	2 (2.85%)	No por miedo	1 (1.85%)
Debe legalizarse para disminuir la mortalidad materna	1 (1.42%)	Va contra la ley	1 (1.85%)
Hacerlo, y educar para reducirlo	1 (1.42%)	No hacerlo, y educar para reducirlo	1 (1.85%)
Si hay SIDA	1 (1.42%)	No hace comentarios	3 (5.55%)
No hace comentarios	6 (8.57%)		

TABLA 4  
¿Está a favor de la investigación experimental en humanos?

A favor (total= 69)		En contra (total= 43)	
Ciencia, salud, utilidad, necesidad	35 (50.72%, IC 95: 38.40, 62.97)	Parecemos Chanchitos de India, para eso están los animales	12 (27.90%)
Si pero con adecuado consentimiento y controles	15 (21.73%)	No por miedo	5 (11.62%)
Sí en terminales	3 (4.34%)	Se ilusionan con tratamientos que pueden ser inútiles	1 (2.32%)
Probar con pocos para salvar a miles	2 (2.89%)	No hace comentarios	25 (58.13%)
No hace comentarios	14 (20.28%)		

TABLA 5  
¿Qué opina acerca de la eutanasia?

A favor (total= 94)		En contra (total= 22)	
Puede afectar la psiquis de los profesionales	2 (2.12%)	Va contra Dios	5 (22.72%)
No hace comentarios	92 (97.87%)	Es antinatural	4 (18.18%)
		Se debe luchar hasta último momento	3 (13.63%)
		El paciente no puede decidir	1 (4.54%)
		Es asesina	1 (4.54%)
		No hace comentarios	8 (36.36%)

21.73% está de acuerdo pero con un correcto proceso de consentimiento informado y monitoreo de la investigación. El 33.85% está en contra, argumentando en un 39.52%: miedo o que no desea ser animal de experimentación (Tabla 4).

Respecto a eutanasia, el 74.01% de los encuestados está de acuerdo con la misma ( $p < 0.0001$ ), y prácticamente no hay comentarios tratando de argumentar la misma. Del 17.32% en contra, el 54.53% opina que es antinatural, que va contra Dios, y que se debe luchar hasta último momento (Tabla 5).

Se realizó el análisis multivariado para buscar predictores de dos de los temas más polémicos en la sociedad: eutanasia y aborto (Figuras 3 y 4).

Al realizar la regresión logística con eutanasia como variable dependiente en presencia de 6 variables independientes, surgen como predictoras: no preferir una actitud paternalista por parte de los médicos ( $p$  valor 0.0287, OR 0.33 con intervalos de confianza 0.12-0.89; vale destacar que el signo negativo del estadístico de Wald indica la acción opuesta de la variable enumerada), y aceptar el aborto ( $p$  valor 0.0133,

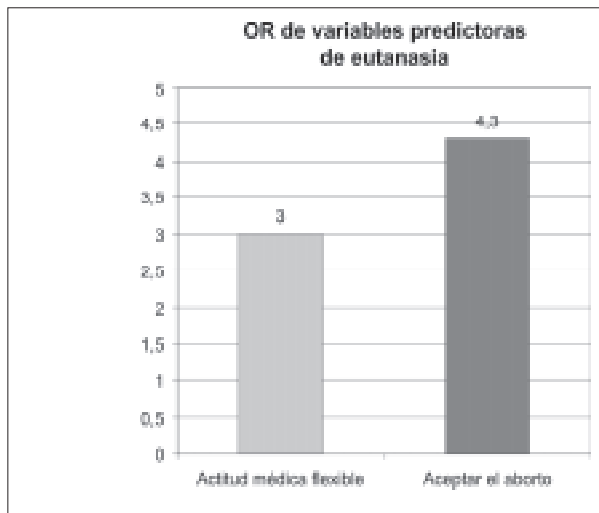


Figura 3. Odds ratio de variables predictoras de aceptación de eutanasia

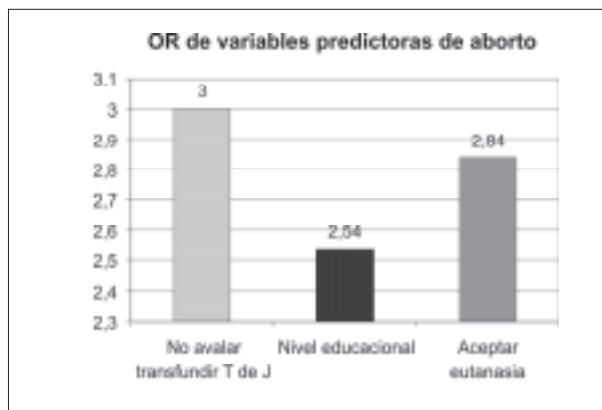


Figura 4. Odds ratio de variables predictoras de aceptación del aborto

OR 4.34 con intervalos de confianza 1.36-13.86). La regresión fue validada con el test de deviance (p valor 0.7385).

Al realizar la regresión logística con aborto como variable dependiente en presencia de 6 variables independientes, surgen como predictoras: no avalar transfusiones a los Testigos de Jehová (p valor 0.0398, OR 0.34 con intervalos de confianza 0.12-0.95; nuevamente se observa que el signo negativo del estadístico de Wald indica la acción opuesta de la variable enumerada), el nivel educacional (p valor 0.0330, OR 2.54 con intervalos de confianza 1.08-5.99) y aceptar la eutanasia (p valor 0.0280, OR 2.84 con intervalos de confianza 1.12-7.22). La regresión fue validada con el test de Hosmer-Lemeshow (p valor 0.7336).

En relación a la donación de órganos y tejidos, 30 individuos declararon ser donantes, representando el 23.62% de la población encuestada, sin diferencias de edad (25.28% en pacientes de 40 años o menos y

21.05% en mayores de 40 años, p NS) No se encontró asociación entre donación y nivel de estudios cuando se analizaron los 3 niveles por separado, pero sí se observó una tendencia al agrupar secundario y terciario, a favor de una mayor donación en aquellos con mayor nivel educativo, con p valor  $X^2 = 0.07$ .

De los 30 que declararon ser donantes, solo 8 (26.66%) tenían su tarjeta y/o la inscripción en el DNI, y 30% había realizado discusión familiar sobre el tema, cifra superior al 4.21% de los no donantes que realizó discusión familiar, con diferencias significativas, p valor  $X^2 < 0.001$ .

La causa prevalente de no donación fue el miedo y la desconfianza, con 26.31% en tanto que la solidaridad, con 73.33% fue la causa más común de donación.

El 76.37% opina que el comercio de órganos es factible y culpan a la corrupción (42.26%) como la causa principal.

El 55.11% presenta miedo a la extracción prematura de sus órganos, presentándose esta actitud más frecuentemente en los no donantes: 64.89% vs 30.00%, p valor  $X^2 < 0.001$ , OR 4.69 con IC 95= 1.87-11.77.

El 81.81% piensa que el no donante tiene derecho a recibir órganos en caso de necesitarlo, sin diferencias de opinión entre donantes y no donantes (88.23% vs 80.64%, p valor  $X^2 = 0.68$ ). Consultados acerca de por qué piensan que tiene derecho, el 59.49% opina que la distribución debe ser igual para todos. Respecto a quienes piensan que no tienen derecho, el 75.00% señala simplemente que “no les corresponde”.

Las principales causas de baja donación se atribuyen a falta de campañas, desorganización, ignorancia, miedo y desconfianza, poca claridad del estado. El 70.57% opina que la mejor forma de aumentar la donación es a través de información.

Al realizar la regresión logística múltiple con presencia de donación como variable dependiente y nivel de cobertura de salud, miedo a extracción precoz de órganos, nivel de escolaridad, sospecha de comercio de órganos, discusión familiar previa, edad y sexo como variables independientes, surgen como predictoras significativas: menor miedo a la extracción precoz de los órganos (p valor 0.0008, OR 7.53), mayor nivel de estudios (p valor 0.0220, OR 4.23), y presencia de discusión familiar (p valor 0.0000, OR 32.87). El modelo fue validado por los test de deviance (p 0.9131) y Hosmer Lemeshow (0.2277) (Figura 5).

## Discusión

En nuestra población estudiada, la situación priorizada por la comunidad fue la *veracidad*, más votada aún que el principio de *justicia*.

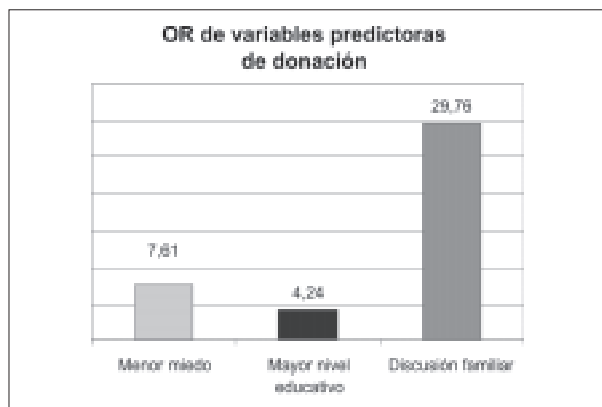


Figura 5. Odds Ratio de variables predictoras de donación en regresión logística

Es una tradición muy arraigada en la práctica médica, la idea de no decir la verdad al enfermo basándose para ello en la convicción de que un paciente que conoce su pronóstico fatal puede mostrar una actitud negativista y no colaborar en el tratamiento a seguir<sup>2</sup>. Pero otros autores<sup>3,4</sup> en sus respectivos estudios, encontraron porcentajes cercanos al 70% de pacientes que opinaban que la información médica que habían recibido les había ayudado a manejar mejor la ansiedad previa a la intervención a que iban a ser sometidos.

Mayoritariamente nuestra población estudiada avaló la transfusión los Testigos de Jehová, hasta con frases lapidarias para los profesionales: “*Qué cumpla con su juramento y lo transfunda*”. Vale la pena destacar la presencia de un comentario acerca del respeto de la autonomía, pero transfundiendo si se trata de menores, más en consonancia con aspectos legales y fallos previos en nuestro país.

Esta organización surge en la década de 1879, y adquiere su actual nombre en 1931. El rechazo a las transfusiones se incorpora en 1945, estando su origen en La Biblia. Han existido varios fallos contradictorios en la historia<sup>5</sup>. Como pautas generales, el tema de la necesidad de transfusión debe ser presentado al paciente y discutido. Pero las creencias religiosas de los padres no deben afectar la posibilidad de vivir de sus hijos menores o por nacer. El menor debe ser oído, sobre todo en el caso de considerar que haya adquirido la suficiente madurez física y mental, de acuerdo al artículo 12 de la Convención de los Derechos del Niño.

En nuestro estudio, si bien la mayoría votó por los ejemplos que representaban a la *justicia* y la *autonomía*, también optó por la *beneficencia* (principio menos votado) al aceptar mayoritariamente para sí mismos y para sus familiares tratamientos invasivos, y no firmar ONR. Tal vez esta “discrepancia” represen-

ta un estadio en lo que se está transitando: la clásica *beneficencia*, tan arraigada aún en profesionales y comunidad (que aparece en situaciones potenciales límite) versus “lo que debiera ser”, la *autonomía*, tantas veces declamada pero aún con barreras al ejercicio de la misma, tal vez por falta del mismo ejercicio del derecho, situación quizás favorecida por un diálogo pendiente entre la comunidad y los trabajadores de la salud, que todavía necesitan incorporar en la práctica más que en teoría y hacer propios los principios de la bioética, sus reglas y valores.

El 74% se manifestó a favor de la *eutanasia*, prácticamente no necesitando argumentarla. Posiblemente en esta decisión se esté jerarquizando la ausencia de sufrimiento, la calidad de vida, la futilidad.

En abril de 2001, después de aprobada la eutanasia en Holanda, un sondeo de Graciela Römer en Buenos Aires y Gran Buenos Aires arrojó que el 55% de los consultados aprobaba la eutanasia y el 56% que la aceptaría aún para un familiar cercano (Clarín 07-02-05). En Japón, la autonomía y el significado de la determinación de pacientes aumentó en la última década entre la clase media<sup>6</sup>. Se encuestaron 560 japoneses<sup>7</sup> residentes en Tokio, acerca de directivas de avanzada, y el análisis multivariado mostró que los siguientes factores se asociaban fuertemente con las preferencias: ser consciente de los testamentos en vida, tener experiencia en el uso de directivas de avanzada, tener preferencias por tratamientos para el fin de la vida, preferir información reveladora e intentar crear un testamento. Un estudio en el norte de Alemania<sup>8</sup> acerca de preferencias poblacionales sobre eutanasia mostró acuerdo con eutanasia en el 85 a 93% de las situaciones.

En nuestro estudio, las opiniones con respecto al aborto estuvieron repartidas, y las argumentaciones a favor o en contra fueron variadas. Es indudable que este tema requiere un amplio debate que involucre a todos los sectores. Si se cumpliera con las metas de salud y educación para todos, posiblemente el debate se incline a favor de la autonomía, pero también es probable que el número de abortos sea menor si se cuenta con la despenalización del mismo y con el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos en un Estado que cumpla su rol.

La mortalidad global en países desarrollados por embarazo y parto es 9/100 mil. La mortalidad por aborto (legal) es 1/100 mil, mayor en países pobres. Es de 0.6 en las primeras 8 semanas, y tras esa fecha, se duplica cada 2 semanas<sup>9</sup>. Pero las cifras reales de mortalidad por aborto no se conocen, ya que frecuentemente ocurren fuera del ámbito hospitalario, realizados en condiciones ilegales. El hecho de declarar ilegal al aborto no impide su práctica sino que la hace más peligrosa; en los países en los cuales el aborto fue

legalizado las cifras de mortalidad por esta causa disminuyeron notablemente, por ejemplo 0.4/100 mil en USA. En Argentina se realizan medio millón de abortos por año (excede cifras previas); en los últimos 5 años crecieron un 6% las internaciones por aborto. La OMS estima que del 25 al 50% de las muertes 500.000 muertes maternas que se producen cada año en el mundo son a consecuencia de maniobras abortivas ilegales.

Existen dos posturas opuestas: la del respeto por la vida, posición conservadora o pro vida que considera al aborto como inmoral, con excepción de los casos en que se realiza para salvar la vida de la madre; y la del respeto por la autonomía y bienestar de la persona o posición liberal que se concentra en la necesidad de reconocer el derecho de la mujer a su autonomía e integridad corporal<sup>10</sup>. También hay posturas intermedias.

Las opiniones sobre investigación experimental estuvieron repartidas, y posiblemente el nivel educacional tenga un importante rol, dado que la mayoría de las personas que no estuvieron de acuerdo no hicieron comentario, o argumentaron miedo.

Desde que se comenzaron los experimentos con seres humanos, estudiosos en ciencias biológicas y jurídicas han hecho múltiples intentos para normatizar este tipo de investigación, a partir del Código de Nüremberg. En nuestro medio nos regimos por la Declaración de Helsinki (última versión 2000), las Guías Good Practice Clinic (GCP) de la ICH (Conferencia Internacional de Armonización) de 1996, y las investigaciones están reguladas por el ANMAT<sup>11</sup>.

El número de donantes en nuestro estudio fue del 23.62%, sin diferencias de edad, con tendencia a favor de una mayor donación en aquellos con mayor nivel educativo. El 30% había realizado discusión familiar sobre el tema, cifra superior al 4.21% de los no donantes. El 76% piensa que el comercio es factible, y de ellos, el 70% opina que se debe a la corrupción reinante, y “por tanto escucharlo”.

Respecto al altruismo, el mismo aparece en esta población de donantes, al manifestar los mismos el mismo derecho como receptor para los no donantes. Esto marca un mayor grado de compromiso y evidencia un mayor nivel de conocimiento, decisión, discusión y maduración en el tema, en este grupo. Los miedos a que se ha hecho referencia en relación a la falta de conocimiento de la muerte encefálica, sumados a la falta de información sobre la distribución de órganos (que genera desconfianza), y el desconocimiento sobre la calidad de vida post-trasplante, son elementos que juegan en contra de la donación, pero que pueden revertirse con la educación y la incorpo-

ración de las pautas de bioética en todos los estratos donde se establezca una relación equipo de salud-paciente-familia.

El trasplante de órganos y tejidos es una realidad que cada año salva o mejora la vida de miles de niños, mujeres y hombres. En la práctica cotidiana, sólo son donantes potenciales del 1% al 4% de los fallecidos, aprovechándose una cifra ostensiblemente menor. Las circunstancias son diversas, pero la causa evitable que determina pérdidas de entre el 15% y el 60% es la negativa de los familiares<sup>12</sup>.

En nuestro medio, el 44% acepta la donación de sus órganos<sup>13</sup> y el 50% de las personas aceptaría donar los órganos de un familiar que acaba de morir<sup>14</sup>. Sin embargo, estas cifras no encuentran correlato con la realidad<sup>15</sup>, y se relatan una serie de razones que hacen a la cultura popular. La reciente ley<sup>16</sup> modifica el centro de la cuestión, pasando el familiar de tener el derecho (con la antigua ley) de negar la donación “pensando que el difunto no estaría de acuerdo” a tener que declarar “que nunca escuchó una negativa del difunto a que le extraigan los órganos” con lo cual puede hacerse la ablación. Vale destacar que esta ley fue considerada avasalladora de los derechos de los pacientes y sus familias por parte de los Comités de Bioética de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva, y de la Sociedad Argentina de Trasplantes, quienes propusieron profundizar el debate con la sociedad para lograr una mayor procuración a través de la educación y no a través de una ley compulsiva.

Uno de los puntos éticos a analizar consiste en el desconocimiento del criterio de muerte vigente, con la consiguiente y lógica confusión emocional de los familiares de pacientes fallecidos, cuyos cuerpos se hallan mantenidos artificialmente en terapia intensiva conectados a maquinarias. Se desprende que para la aceptación e integración de la técnica del trasplante de órganos, son necesarios cambios culturales en lo referente a la concepción cultural actual de la muerte y del cuerpo, fundamentalmente para disipar fantasías y falsas representaciones que no permiten tomar una libre decisión sobre el tema de la donación de órganos (como el miedo a la aceleración de la muerte y a la mutilación del cuerpo)<sup>12</sup>.

Surgen del análisis multivariado los elementos predictores de donación en esta población: el menor miedo a la extracción precoz (lo cual habla del conocimiento de la muerte encefálica); el mayor nivel educativo (lo cual habla de que una comunidad educada comprende más esta problemática); la discusión familiar (pues lo que se incorpora a la discusión cotidiana traerá más logros que la solicitud de donación en el momento de la muerte de un ser querido, donde psicológicamente se están jugando otras cosas).



## Conclusiones

- Hubo opiniones a favor de la *beneficencia* en los ítems: aceptación de tratamientos invasivos, no firmar ONR y transfundir a testigos de Jehová; a favor de la *autonomía* en: aceptación de eutanasia, aborto y experimentación experimental, preferir actitud médica flexible. La *justicia* fue el principio más votado y asimismo se resalta la regla de la *veracidad* en la información médica, más votada aún que la *justicia*. La prevalencia de donantes es baja, y se vincula a la discusión familiar y al nivel educacional.
- Consideramos que la salud y la educación es lo que marca el progreso de los pueblos, y que indudablemente ambos elementos están interrelacionados.
- El abordaje comunitario de temas bioéticos en general, y los relacionados a la medicina crítica en particular, es imperativo en esta época: no se puede esperar a "hacer bioética" cuando el paciente se interna, se debe propiciar el diálogo desde antes. Deben buscarse las estrategias, el tema debe figurar en las agendas de las políticas de salud institucionales, en lo que Castellanos denomina "el espacio de lo singular". Se deben propiciar las reuniones entre gestores, comunidad y equipo de salud, éste último conformado por profesionales de atención primaria, intensivistas y miembros del Comité de Ética, que deben salir de los muros del hospital para dialogar con sus potenciales pacientes futuros.

## Bibliografía

1. Pierini L, Valdez P. Bioética en el nuevo milenio: pacientes críticos y muerte digna. Revista Fundación Facultad de Medicina de la UBA 2000; 38 (Vol. X): 36-39.
2. Cabello LM, Ruíz P, Rosique I. El consentimiento informado en un hospital terciario. Opinión de los profesionales y percepción de los pacientes. Rev Cal Asist 1999; 14: 145-150.
3. Jensen AB, Madsen B, Andersen P. Information for cancer patients entering clinical trial - an evaluation of an information strategy. Eur J Cancer 1993; 29: 2235-2238.
4. Warner E. Should you tell your patients the truth?. Can Med Assoc J 1983; 129: 278-280.
5. Márquez D. Testigos de Jehová ¿Transfusión o no? Praxis Médica. Suplemento del Diario del Mundo Hospitalario. Año 4, N° 15. Julio 2000.
6. Akabayashi A, Slingsby BT. International perspectives, Biomedical ethics in Japan: The second stage. Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics 2003; 12: 261-264.
7. Akabayashi A, Slingsby BT, Kai I. Perspectives on advance directives in Japanese society: A population-based questionnaire survey. BMC Med Ethics 2003; 4: E5.
8. Helou A, Wende A, Hecke T, Rohrmann S, Buser K, Dierks ML. Public opinion on active euthanasia. The results of a pilot project. Dtsch Med Wochenschr 2000; 125: 308-315.
9. Jinich P. Embarazo no buscado. En Rubinstein A y col. Panamericana 2001. Pp: 439-441.
10. Luna F, Salles A. Decisiones de vida y de muerte. Eutanasia, aborto y otros temas relacionados. Buenos Aires, Editorial Sudamericana, 1995.
11. Disposición ANMAT 5330/97.
12. Acro A, Aquino V, Didia Atlas J, Raggi S, Varsavsky G. Trasplante de órganos. Enfoque médico, psicológico, legal, filosófico, ético, religioso, social y económico. Boletín Científico AMM 2001; 27: 1-8.
13. Soratti C; Leone F; Toselli L; Menna M. Centro Unico Coordinador de Ablación e Implante de la Provincia de Buenos Aires (CUCAIBA). En Bacqué M del C; Deluca J; Soratti C. Procuración de órganos y tejidos para trasplante. Biblioteca Médica Digital. 1999.
14. Neustad D. Grave denuncia del INCUCAI. Clarín. 12 de abril de 1997.
15. Albornoz M, Valdez P, Castagna R y col. Procuración de órganos y tejidos: dificultades para la implementación de la misma. Revista de Nefrología, Diálisis y Trasplante 2001; 55: 3-19.
16. Ley 24193. Ley de Trasplante de órganos y Tejidos. Texto actualizado por Ley 26066. B.O. 22/12/05. Vigencia enero 2006.