



COLEGIO Y COMUNIDAD

Revista para el Dialogo Interdisciplinarios
en los Procesos de Salud

Año I - Nº 1 - 2010

EL DERECHO A LA SALUD,
UNA CONSTRUCCION COLECTIVA

Colegio de Médicos de Santa Fe

1ª Circunscripción

Comisión Directiva del Colegio de Médicos

Periodo 2009-2011

Dr. Miguel Ángel Apodaca

Presidente

Dr. Julio Cesar Bedini

Vicepresidente

Dr. Carlos Daniel Alico

Secretario

Dr. José María Albrecht

Tesorero

Dr. Daniel Raúl Rafel

Vocal

Director "Colegio y Comunidad"

Guillermo Kerz

Editores

Félix Jiménez

Arturo Baltazar Serrano

Hernán Pfeiffer

Editores Asociados Institucional

Asociación de Ginecología

y Obstetricia de Santa Fe

(ASOGISFE)

Comité Editor

Maria Sol Ducrano

Mariana Moreyra

Gustavo Staiger

Francisco Javier Andrés

Maria Laura Mercke

Federico Vigil

Aldana Degrave

Ivan Torterola

Carlos Pedrozo

Laura Demiryi

Viviana Lorena Molina

Paula Monasterolo

Asesores

Fernando Redondo

Médico Neonatólogo

Carlos Arias

Médico Tocoginecólogo

Adriana Lusso

Médica Pediatra

Prof. Leonardo Waron

Médico Legista

Matías Gentina

Lic. en Psicología

Patricia Chialvo

Asistente Social

Paola Resnicof

Lic. en Nutrición

Anahi Vignau

Lic. en Enfermería

Carla Leguizamón

Asistente Social

Sandra Viano

Farmacéutica

Mabel Reinick

Tec. Estadísticas

Secretaria

Mariana Montenegro.

Comisión de Educación Médica de Post-Grado

Tel.: 0342 - 4520176 int. 219

mail: marianam@cmsf.org.ar



COLEGIO Y COMUNIDAD

Revista para el Dialogo Interdisciplinarios
en los Procesos de Salud

Año I - N° 1 - 2010

EL DERECHO A LA SALUD,
UNA CONSTRUCCION COLECTIVA

Colegio de Médicos de Santa Fe
1ra. Circunscripción

0342 - 4520176

www.colmedicosantafe1.org.ar



Dr. Miguel Angel Apodaca



Prólogo

La Comisión Directiva, junto a las subcomisiones del colegio, asesores pedagógicos, personal técnico, diseñadores gráficos y comunicadores, debatieron en un largo proceso sobre los perfiles de contenidos que se deberían incorporar para cubrir la necesidad de una conexión más directa con el colega de la región, sin que esto signifique postergar el intercambio participativo con la comunidad. Es decir, estamos todos en la búsqueda de una herramienta de comunicación ágil y efectiva, con interactividad social e interdisciplinar.

Así llegamos a la conclusión de la importancia de apropiarnos de Internet para cubrir satisfactoriamente nuestras expectativas de comunicación. Sobre todo en estos tiempos, donde las novedades, noticias y datos de interés general circulan en minutos, achicando las distancias y acelerando el tiempo.

Para la gestación de este proceso tuvimos que superar dificultades y limitaciones de orden técnico, económico y organizacional, ya que se necesitó dotar a nuestra institución de un moderno sistema informático.

El esfuerzo valió la pena y hoy estamos satisfechos de los logros alcanzados, y por ello, es necesario un reconocimiento para todos aquellos que colaboraron e hicieron posible el objetivo de una mejor comunicación.

SUMARIO

- 06 Dr. Carlos Daniel Alico.**
En dirección al cambio.
Secretario Mesa Directiva.
- 08 Prof. Fabio Hernán Álvarez.**
Los Principios de la Bioética y el Derecho a la Salud
(una breve aproximación).
- 19 Prof. Leonardo Waron.**
Consentimiento Informado. ¿Documento Formal
y/o Proceso dentro de la relación médico-paciente?
- 25 Dr. Félix Jiménez.**
Identificación y cremación del cadáver.
- 34 Reseña**
Dr. Fernando Redondo.
Maternidades Centradas en la Familia
- 37 Comentarios**
Dr. Guillermo Kerz.
A cinco años de nuestro primer número.
(Editorial de Salud Colectiva por Dr. Hugo Spinelli).
Con autorización del mismo.



Dr. Carlos Daniel Alico
Secretario Mesa Directiva



En dirección al cambio

Es extremadamente grato para la Mesa Directiva del Colegio de Médicos, generar esta vía de comunicación, ya que se trata de uno de los propósitos de esta nueva etapa que atraviesa nuestra institución. De puertas abiertas y participativa. Receptiva y con presencia activa.

Y que mejor oportunidad para plasmar este objetivo que abrir este espacio de “Colegio y Comunidad”, como una invitación al diálogo multidisciplinario, para ayudar a conocernos mejor en cada rincón de nuestra provincia.

“Colegio y Comunidad” expresará inquietudes, propuestas, preocupaciones y realidades regionales, en la búsqueda de mejorar cada día el bienestar de nuestros colegiados, siempre abocados a optimizar la salud de la comunidad en toda su expresión.

Pero para que comience el cambio, primero debemos cambiar nosotros mismos y así lo hemos entendido los integrantes de la Mesa Directiva.

En este periodo priorizó la modificación estética edilicia, modernizándola, pero a su vez rescatando la belleza de su estructura arquitectónica. La luz del sol pasó a ser protagonista de las mañanas. La atención personalizada de los colegas ocupa un espacio primor-

dial. Todos tienen su espacio y su contención. Hasta el museo ocupa un lugar activo y de verdadero interés.

Se formularon nuevas instancias para la educación médica continua, con la creación del aula multifunción “Dr. Laureano Maradona”, la modernización de nuestro auditorio, la adquisición de moderno equipamiento para proyecciones.

El dictado de cursos modulados de varias disciplinas, con la modalidad presencial, con la participación de un calificado panel docente y con la presencia multitudinaria de participantes, al igual que los cursos de nivelación de especialidades, entre otras actividades académicas, nos hacen pensar que nuestros espacios físicos van a ir quedando chicos.

Además, una nueva relación con las sociedades científicas genera nuevas sinergias de esfuerzos, en la búsqueda de objetivos comunes, para lograr la excelencia en la capacitación del médico.

Los convenios firmados con el Rector de la Universidad Nacional del Litoral, con el Decano de la Facultad de Bioquímica y otros que se encuentran avanzando con la futura Facultad de Medicina, hablan a las claras de la voluntad de concretar en conjunto proyectos cada vez más ambiciosos. La inminente colocación de una fibra óptica para conectar las bibliotecas de la UNL y con la de nuestro colegio, nos abre las puertas al mundo del conocimiento sin límites conocido y nos enfrenta al desafío de avanzar en la digitalización de nuestros textos.

Un especial espacio se está dedicando al lanzamiento de la educación a distancia, con el objetivo de que el conocimiento y la información puedan llegar hasta la misma casa del colega. Para ello se ha incorporado un moderno centro de cómputos con tecnología de primer nivel y se está desarrollando una intensa capacitación del recurso humano para poner el sistema en funcionamiento. Un desafío. Pero a su vez un verdadero orgullo.

Finalmente, la presencia permanente de nuestra entidad en las reuniones de CONFEMECO - entidad que agrupa a los colegios y consejos médicos de todo el país - nos ha posicionado a nivel nacional con un reconocimiento y una consideración especial. El Colegio de Médicos de Santa Fe 1° Circunscripción ocupa un espacio importante en este proyecto nacional.

Por ello, informamos con orgullo lo hecho hasta aquí, y asumimos con energía y esperanza el compromiso de seguir trabajando para concretar los proyectos del futuro.



Prof. Fabio Hernán Álvarez
Centro de Investigaciones Bioéticas
Universidad Nacional del Sur- Bahía Blanca

fhalvarez@uns.edu.ar



Los Principios de la Bioética y el Derecho a la Salud

(UNA BREVE APROXIMACIÓN)

1 Introducción

El término bioética, como es bien sabido, nació en 1970. Poco después, en 1974, comenzaban los trabajos de la National Commission norteamericana. En 1978, como resultado final del trabajo de cuatro años, los miembros de la Comisión, entre ellos Tom L. Beauchamp, elaboraron el documento conocido con el nombre de 'Informe Belmont'. En él se hallan tres de los cuatro principios que hoy se consideran canónicos en bioética: respeto por las personas, beneficencia y equidad. Un año después, en 1979, Beauchamp y Childress publican la primera edición de su libro.

En ella aceptaban los tres principios del 'Informe Belmont', que ahora denominaban Autonomía, Beneficencia y Justicia, y le añadían un cuarto, el de

No Maleficencia. La tesis de Beauchamp y Childress va a ser que los cuatro principios obligan *prima facie*, y que en caso de haber conflicto entre dos o más de ellos, ha de ser la evaluación de la situación concreta, en toda su compleja e inabarcable realidad, la que diga cuál de esos principios es el prioritario. Sólo pueden ser las circunstancias y consecuencias las que permitan ordenarlos jerárquicamente (Beauchamp y Childress, 1999: X).

La tesis de estos autores está articulada sobre el concepto de moralidad común, que definen como “la moral compartida en común por los miembros de una sociedad, es decir, por el sentido común no filosófico y por la tradición”. Este sentido común o moral sense, evita los extremismos, tanto deductivistas (considerar los principios morales como absolutos, aplicables automáticamente en todas las situaciones problemáticas en el ámbito de la salud, y sin tener en cuenta las posibles excepciones) como inductivistas (pensar que no hay más ética que la que surge del caso en cuestión –de cada caso–, de tal modo que las generalizaciones son sólo inducciones incompletas a partir del caso). La moralidad común es, según ellos, más compleja, actuando unas veces de modo deductivo y otras de forma inductiva. Este método, que no va de abajo hacia arriba ni de arriba hacia abajo, sino ambas cosas a la vez, se denomina coherentismo, o también, según la expresión acuñada por John Rawls, equilibrio reflexivo (Ibíd.: XI).

Rawls considera que para aceptar la teoría en ética debemos comenzar basándonos en nuestros juicios ponderados, las convicciones morales que mayor confianza nos merecen y que pensamos que ofrecen el menor sesgo posible. El término juicios ponderados de Rawls se refiere a los juicios en los que es más probable que nuestras capacidades morales puedan ser desplegadas sin distorsiones. En medicina, lo habitual es que existan juicios ponderados que han permanecido inalterados a lo largo de toda la

historia, por ejemplo, “los médicos no deben utilizar a los pacientes para su propio lucro y los intereses del paciente deben ser prioritarios”. Así, el objetivo del equilibrio reflexivo consiste en emparejar, pulir y ajustar los juicios ponderados, de manera que coincidan y sean coherentes con las premisas de la teoría. Es decir, partimos de juicios paradigmáticos sobre lo que es moralmente correcto o incorrecto, y posteriormente construimos una teoría general lo más coherente posible con dichos juicios. El proceso de pulir y ajustar se realiza mediante la reflexión, el ajuste dialéctico y el diálogo-participado (ética dialógica, discursiva), teniendo siempre en cuenta que el objetivo es alcanzar el equilibrio reflexivo. Todos los sistemas morales presentan algún grado de indeterminación e incoherencia, demostrando que no tienen la capacidad de evitar algunos de los conflictos que pueden surgir entre principios y reglas.

De esta forma, la bioética, junto a sus cuatro principios, quedaría enmarcada dentro de la llamada “ética de la responsabilidad”. Término que surge en 1919, cuando Max Weber lo contraponen a otro tipo de ética, llamada “ética de la convicción” (Weber, 1998: 154 y ss.). Diferenciándose con ésta, la ética de la responsabilidad basa su racionalidad en el *bino-mio* medios-fines, analizando las consecuencias de todo acto humano, destacando la relevancia de la ya destacada *phrónesis* (prudencia) aristotélica. Es decir, la toma de decisiones de manera prudente y responsable. Pues no se entiende gran parte de la ética del siglo XX desligada de este contexto. Precisamente porque los principios deontológicos no son absolutos, es necesario aplicarlos a cada caso tras un detenido análisis del contexto, ya que de otro modo la decisión no podría considerarse responsable. Digámoslo de otra forma: los principios de la bioética son pautas regulativas, guías de acción que, sin ser contemplados bajo la lupa de los distintos contextos socio-culturales y de los derechos humanos, específicamente, de los derechos de los pacientes, se convierten en pompas de

jabón flotando en el aire, en pura abstracción. Veamos entonces, para evitar la escisión, una posible integración de estas diferentes dimensiones.

2 Sobre los Principios de la Bioética

a - El Principio de Autonomía

Respetar las decisiones de otros (ética de la alteridad) entra dentro del ámbito de la moral común, igual que cualquier otro principio; pero no parece haber mucho consenso respecto a cómo interpretar el concepto de autonomía.

La palabra autonomía deriva del griego autos («propio») y nomos («regla», «autoridad» o «ley»), y se utilizó por primera vez con referencia a la autorregulación y autogobierno de las ciudades-estado helénicas independientes. Este término se ha ampliado de forma que en la actualidad también se utiliza para las personas, y ha adquirido significados tan diversos como autogobierno, derechos de libertad, intimidad, elección individual, libre voluntad, elegir el propio comportamiento y ser dueño de uno mismo. No es un concepto unívoco ni para la lengua ni para la filosofía contemporánea.

En un primer momento, comenzamos con lo que para nosotros es esencial para la autonomía personal: la regulación personal de uno mismo, libre, sin interferencias externas que pretendan controlar, y sin limitaciones personales. Por ejemplo, como cuando un ser humano está enfermo (homo infirmus) y no posee una comprensión adecuada de las cosas; situación que le impide hacer una elección razonable. Pues, una persona autónoma actúa libremente de acuerdo con un plan elegido. Podríamos decir que todas las teorías sobre la autonomía están de acuerdo en que hay dos condiciones esenciales:

- a) la libertad (actuar independientemente de las influencias que pretenden controlar), y
- b) ser agente (tener la capacidad de actuar intencionadamente).

Las acciones autónomas se analizan en función de sus agentes, los cuales actuarán:

- 1) intencionadamente;
- 2) con conocimiento, y
- 3) en ausencia de influencias externas.

La primera de estas tres condiciones no permite gradación. Las acciones, o son intencionadas o no lo son. Sin embargo, las otras dos condiciones sí pueden estar presentes en mayor o menor grado. Por ejemplo, los niños y los ancianos pueden mostrar distintos grados de conocimiento e independencia dentro de este rango (Ibíd.: 116). De esta forma, considerar que la toma de decisiones por los pacientes debe cumplir con el ideal de autonomía es utópico, ya que en la práctica son pocos, por no decir ninguno, los actos totalmente autónomos.

En el ámbito de la medicina se plantean muchos problemas de autonomía debido al carácter dependiente del paciente y la posición autoritaria del profesional sanitario; quien ha recibido el coletazo de la ética aristocrática y de la tradición hipocrática, conformándose de acuerdo a cierto modelo de ser médico y de ejercer la medicina (Gracia, 1989: 26-104). En algunos casos la autonomía y la autoridad son incompatibles, pero no porque ambos conceptos sean intrínsecamente incompatibles.

Ser autónomo no es lo mismo que ser respetado como agente autónomo. Respetar a un agente autónomo implica, como mínimo, asumir su derecho a tener opiniones propias, a elegir y a realizar acciones basadas tanto en sus valores como en sus creencias personales. Este respeto debe ser activo. Implica no sólo la obligación de no intervenir en los asuntos de otras personas, sino también la de asegurar las

condiciones necesarias para que su elección sea autónoma, mitigando los miedos y todas aquellas circunstancias que puedan dificultar o impedir la autonomía del acto.

Sin embargo, ni la autonomía es el único valor, ni el respeto a la autonomía el único imperativo moral. Respetar la autonomía obliga a los profesionales a informar, a buscar y asegurar la comprensión y la voluntariedad, y tomar las decisiones adecuada. Pero para respetar la autonomía los pacientes deben estar preparados para dejar de sentirse dependientes y conseguir todo el control posible o deseado de la situación. Esta obligación positiva de respetar la autonomía deriva, en parte, de la esperada relación fiduciaria (philía), de amistad, que existe –o puede existir- entre el profesional sanitario y sus pacientes. De por sí, ya una relación terapéutica, en donde la curación se da a través de la palabra (Enralgo, 1958).

El paradigma básico de la autonomía en la asistencia sanitaria, la política y otros contextos es el consentimiento expreso o informado. El consentimiento debe hacer referencia a los actos y omisiones de cada persona individual. Aunque a menudo suponemos con razón que callar implica consentir, o que el consentimiento está implícito en las afirmaciones o los actos de la persona en cuestión, estas inferencias no ofrecen suficientes garantías. El principio de respeto a la autonomía, por tanto, se puede utilizar injustificadamente apelando a consentimientos ficticios que son tan engañosos como peligrosos.

Ahora bien, desde que en los juicios de Nüremberg se presentaron informes espeluznantes sobre los experimentos médicos llevados a cabo en los campos de concentración, el consentimiento ha sido uno de los temas principales de la ética biomédica. El término consentimiento informado no surgió hasta una década después, y no fue estudiado con detalle hasta 1972. En los últimos años el principal

motivo que ha justificado la necesidad del consentimiento informado ha sido proteger la elección autónoma (Beauchamp y Childress: 134). El consentimiento informado es un proceso en el tiempo, con la posibilidad de ser interrumpido. Pues, estamos de acuerdo en evitar la idea generalizada de que es el documento firmado del consentimiento lo que constituye su esencia.

El consentimiento informado se puede analizar a través del estudio de la elección autónoma; ya que es una autorización autónoma para aceptar una determinada intervención o para participar en un proyecto de investigación (Por ejemplo, la prueba de un nuevo fármaco). A su vez, este análisis demuestra que el concepto de competencia para la toma de decisiones está íntimamente ligado al concepto de autonomía. Un paciente o individuo es competente para tomar una decisión si es capaz de entender la información material, de hacer un juicio sobre dicha información tomando como base sus valores personales, de pretender alcanzar un determinado objetivo y de exponer sus deseos ante sus cuidadores o profesionales sanitarios.

Pese a todo, son muchas las situaciones clínicas en que el peso de la autonomía es mínimo y el de no maleficencia, por ejemplo, máximo. De la misma manera, al adoptar medidas públicas, la necesidad de justicia puede superar a la obligación de respetar la autonomía. Además, la propuesta de pasar de centrarnos en la exposición de la información a concentrarnos en la comprensión y en la eficacia de la comunicación complica considerablemente la estructura del proceso de obtención del consentimiento informado. Dificultades a esclarecer que todavía se presentan como un desafío, como una tarea conjunta e interdisciplinaria.

b - El Principio de No Maleficencia

El principio de no maleficencia obliga a no hacer daño intencionadamente. En ética médica, este principio está relacionado con la máxima *primum non nocere* (en primer lugar, no hacer daño). El juramento hipocrático manifiesta la obligación de los profesionales tanto a la no maleficencia como a la beneficencia: “Haré uso del régimen de vida para ayuda del enfermo, según mi capacidad y recto entender. Del daño y de la injusticia me preservaré”, “No daré a nadie, aunque me lo pida, ningún fármaco letal, ni haré semejante sugerencia. Igualmente tampoco proporcionaré a mujer alguna un pesario abortivo. En pureza y santidad mantendré mi vida y mi arte” (Gracia, 1989: 46). Estas afirmaciones aparecen en el capítulo segundo del juramento, en la parte dedicada a la terapéutica. Ahora bien, el concepto de no maleficencia se explicita normalmente utilizando los términos daño e injuria. Injuria significa tanto daño como injusticia, violación o agravio. Agraviar implica violar algún derecho, mientras que hacer daño no necesariamente. Por ejemplo, las enfermedades, los casos de fuerza mayor y la mala suerte causan daño sin agraviar. Pero nosotros nos centramos en los daños físicos, incluyendo el dolor, las incapacidades y la muerte, sin por ello negar la importancia de los daños mentales y otra serie de perjuicios.

Al haber muchos tipos de daño, el principio de no maleficencia da lugar a una serie de reglas morales específicas: 1.- No matarás; 2.- No causarás dolor o harás sufrir a otros; 3.- No incapacitarás a otros; 4.- No ofenderás; 5.- No privarás a los demás de los bienes de la vida. Tanto el principio como su especificación en estas reglas morales son *prima facie*, no absolutos (Beauchamp y Childress: 183).

Gran parte de la polémica que existe en el ámbito de la ética biomédica gira en torno a los pacientes terminales o gravemente enfermos. Se necesita, por

tanto, un marco de referencia para la toma de decisiones sobre el tratamiento de soporte vital y la asistencia al morir. Este marco de referencia es el principio de no maleficencia, que aprueba en lugar de rechazar los juicios sobre la calidad de vida. Las religiones, los discursos filosóficos, los códigos profesionales y el derecho han desarrollado una serie de guías de acción con el fin de concretar las exigencias del principio de no maleficencia en el ámbito de la asistencia sanitaria, en especial en lo que se refiere a las decisiones sobre tratar y no tratar. “Como se aprecia, estructurar cada decisión implica un juicio complejo; cada elección siempre conlleva riesgos y toda decisión supone un costo que hay que soportar” (Kraut, 1997: 129).

Aunque las diferencias estuvieran claras, tanto no iniciar como suspender un tratamiento se podría justificar en función de las circunstancias. Tanto no iniciar como retirar un tratamiento pueden provocar la muerte de un paciente o constituir formas de dejar morir. Habida cuenta de los problemas planteados por la tecnociencia o biotecnología contemporánea. Pues sabemos que el desarrollo tecnológico ha dado un sesgo de deshumanización a la práctica médica. Por esto mismo y con mucha razón, dentro del horizonte del fin de la vida humana, la intervención médica no debería dejar de plantear al paciente, a la familia y a los distintos profesionales de la salud, las numerosas situaciones fácticas que conducen a soluciones diversas, matizadas por el marco vivencial, filosófico o religioso de las personas involucradas.

El principio de no maleficencia no obliga a prolongar la vida biológica, ni a iniciar o mantener un tratamiento sin tener en cuenta el dolor, el sufrimiento y la incomodidad del paciente. Por otro lado, para juzgar un acto en el que se ha matado o dejado morir como justificado o injustificado es necesario saber algo más sobre él. Necesitamos

saber algo sobre los motivos del agente; sobre las exigencias del paciente y las consecuencias del acto, tanto a nivel personal e interpersonal como a nivel social. Sólo con esta información podremos calificar el acto moralmente y realizar un juicio normativo. Pues hay lo que se llama “futilidad médica”, “encarnizamiento terapéutico”, pero también hay un no respetar la sacralidad de la vida o un no acompañar para que el morir del paciente sea en términos de dignidad y respeto.

c - El Principio de Beneficencia

El término “beneficencia” deriva del correspondiente latino *beneficium*, que significa beneficio, favor, protección; connotando actos de misericordia, bondad y caridad. Esta última, derivada del latín *caritas*, manifiesta el amor, el afecto y la ternura que debería reinar en toda relación humana. La beneficencia se refiere a una acción realizada en beneficio de otros, del Otro; la benevolencia hace referencia al rasgo del carácter o a la virtud de estar dispuesto a actuar en beneficio del Otro; mientras que el principio de beneficencia destaca la obligación moral de actuar en beneficio del Otro (Beauchamp y Childress: 245 y ss.).

El ejemplo más famoso de beneficencia y compasión por el Otro se encuentra en la 'parábola del buen samaritano' del Nuevo Testamento. Sin embargo, la parábola sugiere que la beneficencia es más bien un ideal que una obligación. Imaginemos que el hombre herido se hubiese anticipado a la acción altruista del samaritano, manifestando que quería morir al encontrarse muy herido y con mucho dolor. Entonces, el samaritano se habría enfrentado con un dilema: respetar los deseos del hombre casi moribundo o hacerse cargo de él en contra de éstos. Tradicionalmente, los médicos han sido capaces de confiar casi exclusivamente en sus propios juicios sobre las necesidades de tratamiento, de información y de consulta de los pacientes. Sin embargo, la

medicina ha sido confrontada progresivamente con declaraciones de los derechos de los pacientes a formarse un juicio independiente sobre su destino médico. Por estos motivos, los problemas del paternalismo han adquirido mayor importancia.

El paternalismo siempre implica cierta forma de interferencia respecto a las preferencias de otra persona, en relación al bienestar de la misma. Los actos paternalistas típicamente implican, por un lado, fuerza o coerción, y por otro, engaño, mentira, manipulación de la información, o no revelación de la misma. De acuerdo con otras definiciones, una acción paternalista impone necesariamente un límite a la decisión autónoma. Por tanto, el paternalismo es la desautorización intencionada de las preferencias o acciones conocidas de una persona, donde la persona que las desautoriza justifica su acción aludiendo al propósito de “beneficiar o evitar un daño” en la persona –en el enfermo-, cuya voluntad está siendo limitada, obstaculizada (Gracia, 1989: 41/Beauchamp y Childress: 257-276).

Frente a los dilemas éticos ocasionados por estas dos posiciones extremas, duales, la autonomía del paciente y el paternalismo médico; el médico y filósofo P. L. Entralgo ha reflexionado sobre la relación médico-paciente desde el concepto griego de *philia*. Es decir, desde la amistad existente entre el profesional sanitario y el paciente, que se articula sobre la base del diálogo compartido, de la confianza en el otro y del respeto interpersonal. Sin faltar la confidencialidad, la veracidad y la “fusión de horizontes” (ética dialógica).

Los principios y reglas de beneficencia se distinguen de los de no maleficencia. Las reglas de no maleficencia, se resumen en las siguientes:

- a) son prohibiciones negativas de acción,
- b) deben ser obedecidas imparcialmente y
- c) ofrecen razones para establecer prohibiciones

legales a determinadas normas de conducta.

En contraste, las reglas de beneficencia:

- a) presentan demandas positivas de acción,
- b) no siempre tienen que ser obedecidas imparcialmente y
- c) rara vez ofrecen razones para la sanción legal cuando se fracasa en cumplirlas.

Se prohíbe moralmente causar daño a nadie. Sin embargo, se permite ayudar o favorecer a aquellos con los que mantenemos relaciones especiales, y se solicita igualmente ayudar o proteger a aquellos individuos con los que no las tenemos (Beauchamp y Childress: 248 y ss.).

d - El Principio de Justicia

Las desigualdades en el acceso a la asistencia sanitaria y el incremento de los costos para los tratamientos terapéuticos y farmacológicos, han estimulado los debates sobre la justicia social. Acto seguido, la justicia se interpreta como trato igual, equitativo y apropiado a la luz de lo que se debe a las personas o es propiedad de ellas. Así, quien tiene una exigencia válida basada en la justicia tiene un derecho y, por tanto, se le “debe algo”. Además, “no puede negarse que la salud tiene una incidencia importantísima en la prosecución exitosa dentro de cada proyecto de vida humano. Esta es una razón de peso para incluirla entre los bienes sociales primarios” (Cf. Vidiella, 2000: 45 y ss.).

El término justicia distributiva se refiere a la distribución igual, equitativa y apropiada en la sociedad, determinada por normas justificadas que estructuran los parámetros de la cooperación social. Su ámbito incluye las políticas que asignan diversos beneficios y cargas, tales como la propiedad, los recursos, los impuestos, los privilegios y las oportunidades. Varias instituciones públicas y privadas están implicadas en ella, incluyendo el

gobierno y el sistema sanitario. De esta forma, la equidad de una distribución genera preguntas respecto al principio de justicia.

Varios principios de justicia merecen aceptarse, y cada uno requiere ser especificado y sopesado en los contextos particulares. Uno de estos principios es formal; los otros son materiales. Por ejemplo, el principio de igualdad formal (los iguales deben ser tratados igualmente, y los desiguales deben ser tratados desigualmente) es “formal” porque no establece ámbitos de concreción en los que los iguales deban ser tratados igualmente y no proporciona criterios para determinar si dos o más individuos son iguales de hecho o no. Un problema obvio de todo principio formal radica en la problemática de su concreción, su coherencia en la articulación contextual. En otras palabras: ¿Cómo definiremos la igualdad?; ¿Quién es igual y quién es desigual? Los principios materiales, a diferencia de los anteriores, especifican las características relevantes para un tratamiento igual, ya que identifican las propiedades sustantivas para la distribución (Beauchamp y Childress: 313 y ss. /Gracia, 1996: 10-33).

Los principios abstractos de justicia proporcionan sólo guías amplias cuando deben darse políticas específicas o realizar acciones, así que el argumento moral ulterior, incluyendo la especificación de los principios y la valoración de las opciones en pugna, es necesario para determinar qué aspectos específicos de una situación son moralmente relevantes y decisivos para formar un juicio razonado. De modo análogo, las teorías de la justicia distributiva se han desarrollado para especificar y presentar con coherencia los diversos principios, reglas y juicios.

Cada teoría general de la justicia es una reconstrucción filosófica de una perspectiva válida sobre la vida moral, pero sólo puede captar parcialmente la

extensión y la diversidad de esa vida. Pues un sistema justo de atención sanitaria permanece como un ideal distante. Recordemos que “la conversión de la asistencia sanitaria en asunto de justicia distributiva se inició con las revoluciones sociales de 1848 y la aparición de los movimientos sociales de izquierda: partidos socialistas y sindicatos. Su grito es que los bienes sociales primarios, es decir, los que cubren los derechos económicos, sociales y culturales, no pueden dejarse al arbitrio de la beneficencia y los benefactores. Se trata de bienes exigibles en justicia. De ahí la consigna del paternalismo a la justicia social. La sanidad tiene que aceptar sin variaciones el concepto de justicia general, y ver cómo determina los contenidos materiales del principio de justicia al campo específico de la salud y de la enfermedad” (Cf. Gracia, 1996).

La tesis del médico Diego Gracia G. es, brevemente, la siguiente: los principios de no maleficencia y justicia son de algún modo independientes del de autonomía y jerárquicamente superiores a él, ya que obligan aún en contra de la voluntad de las personas. Entre aquellos y éste hay la misma diferencia que entre el bien común y el bien particular. Yo puedo, debo y tengo que perseguir mi bien particular, pero también tengo obligación, en caso de conflicto, de anteponer el bien común al propio bien particular. Los principios universales o de bien común, como son el de no maleficencia y el de justicia, tienen prioridad sobre el principio particular de autonomía. Por otra parte, lo beneficioso lo es siempre para mí y en esta situación concreta, razón por la cual es incomprendible separado de la autonomía. No se puede hacer el bien a otro en contra de su voluntad, aunque sí estamos obligados a no hacer, a no ejercer el mal (no maleficencia). Poner sangre a un Testigo de Jehová es un acto negativo de beneficencia, precisamente porque va en contra del propio sistema de valores del individuo; es decir, porque se opone al proyecto ideal y perfección que se ha trazado en la vida.

De este modo podemos concluir, según Gracia, que los cuatro principios se ordenan jerárquicamente –a diferencia de lo que argumentan Beauchamp y Childress-. El **Nivel 1** está constituido por los principios de no maleficencia y justicia; y el **Nivel 2**, por los de autonomía y beneficencia. El primero es el propio de la “ética de mínimos”, y el segundo es el de la “ética de máximos”. Una es la ética del “deber” y otra la ética de la “felicidad”. También cabe decir que el primer nivel es el propio de lo “correcto” (o incorrecto), en tanto que el segundo es el propio de lo “bueno” (o malo). Por eso el primero es el propio del Derecho y el segundo, el específico de la Moral (Gracia, 1998: 23). Pero como siempre, cabe aclarar que, tanto la posición de Gracia como la de B. y Ch., son dos formas diferentes de interpretar la teoría de los principios. Diego G. enfatiza dos niveles, mientras que B. y Ch. afirman un pluriprincipialismo. Es decir, todos los principios presentan igual peso y valor, son jerárquicamente iguales. Su aplicación y ponderación, el privilegiar la aplicabilidad de uno de ellos, dependerá del análisis del contexto, de la particularidad de cada situación.

3 El Derecho a la Salud y los Principios Bioéticos *(Conclusión)*

Dos años antes de la proclamación de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (1946) afirmaba en su preámbulo: “El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica y social”. Veinte años después, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966) de las Naciones Unidas sostenía en el artículo 12: “Los Estados Partes en el

presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”. Pese a este reconocimiento temprano y explícito, los enfoques sobre el derecho a la salud en la bioética han mostrado diferencias según las distintas concepciones o perspectivas bioéticas que se defiendan.

La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (UNESCO, 2005) ha venido a reafirmar el compromiso de la bioética con la protección del derecho a la salud en el artículo 14 sobre 'Responsabilidad social y salud' (Tealdi, 2008: 242). Así y todo, dentro del ámbito bioético, hay quienes piensan que los derechos humanos pueden codificarse en el lenguaje de los cuatro principios (Gracia, 1998: 33 y ss.). Otros, por el contrario, señalan lo siguiente: “la distinción entre derecho legal y derecho moral en la atención de la salud, que se realizó en la concepción principialista angloamericana –teoría de los cuatro principios-, puso en entredicho a la salud como derecho” (Cf. Tealdi: 242 y ss.).

Sin embargo, más allá de las posibles discusiones sobre estas afirmaciones o posturas encontradas, que guardan su trasfondo ideológico, es relevante señalar el compromiso de la bioética en lo que se refiere a la protección del derecho a la salud; ya sea desde la teoría de los cuatro principios o desde un vínculo más directo con el ámbito de los derechos humanos en general. Recordemos que la bioética nace como un movimiento social, como una instancia de resguardar los derechos socio-políticos de aquellos sectores estigmatizados, marginados y más vulnerables. Además, “el movimiento bioético siempre ha portado un reclamo que responde a distintas necesidades de orden social” (Cf. Cecchetto, 1996: 98).

Específicamente, respecto a los cuatro principios de la ética biomédica, contenidos en el libro de Beauchamp y Childress, y dentro de una de las

perspectivas bioéticas, más allá y más acá de los debates habidos, habría que señalar la íntima relación de los cuatro principios con el derecho a la salud y con el derecho a una adecuada asistencia médica. Por ejemplo, ya en el ámbito del derecho a la salud, la protección de la autonomía del paciente (Principio de Autonomía) conlleva el resguardo del derecho a la autodeterminación y a tomar decisiones libremente en relación con su persona; el paciente tiene derecho a la información necesaria para tomar sus decisiones... etc. El paciente tiene derecho a una atención médica apropiada y de calidad. El paciente, todo paciente, siempre tiene derecho a un servicio médico profesional e institucional, ético e idóneo (Principio de Justicia. Equidad, distribución justa de los recursos en salud). Síntesis o correlato de toda justicia sanitaria. Pero claro, la justicia sanitaria es, al fin de cuentas, justicia y, como sabemos, “la justicia como aspiración humana, como valor, como 'lo justo', ha sido y es el sueño no logrado de la especie humana” (Tealdi: 391).

En síntesis, se puede decir lo siguiente: desde su nacimiento, la bioética ha estado sujeta a diversas interpretaciones o perspectivas. Por ejemplo, la ya mencionada mirada angloamericana, basada en la teoría de los cuatro principios, o la mirada latinoamericana, apoyada sobre los derechos humanos. Pero pese a estos matices, entre tantos otros, hay que indicar el fuerte compromiso que siempre tuvo la bioética respecto al derecho a la salud y al acceso equitativo de la atención médica. Por donde se la mire, la bioética permanece y debe permanecer inmersa en el campo sanitario y social desplegando sus responsabilidades, capacitando a distintos profesionales y no profesionales, y sabiendo que el quehacer bioético es un desafío interdisciplinario. Hay mucho por hacer.

En base a lo dicho, en el contexto bioético, los marcos teóricos sólo son guías para una acción respon-

sable frente al otro y frente a los otros (paciente, familiares, equipo de salud, etc.). Pues se requiere mucha reflexión, diálogo crítico, escucha y, por sobre todo, sensibilidad moral. Es decir, se pueden saber los principios y tener en cuenta la dimensión que guarda el derecho a la salud. Pero sin una adecuada y sincera sensibilidad moral, las cosas no funcionan.

El médico y filósofo P. L. Entralgo fue consciente de la urgencia de este aprendizaje en el plano de la sensibilidad moral y, no casualmente, reflexiona sobre la realidad del otro hombre a través de la exégesis de la parábola del buen samaritano. Mirada de quien está abierto a la situación de los otros, porque tiene un corazón solidario y es capaz de un amor comprometido. Pero esto exige salir del propio mundo, de los propios intereses, de las propias preocupaciones, y alterar los propios proyectos. No basta con acercarse al otro, hay que calar su realidad como es, en su crudeza, sin escamotear nada.

Bibliografía utilizada

- BEAUCHAMP Y CHILDRESS**; *Principios de Ética Biomédica*, Masson, Barcelona, 1999.
- CECCHETTO, Sergio**; “*La bioética como movimiento social*”, en revista Quirón, La Plata, 1996.
- ENTRALGO, P. Laín**; *La curación por la palabra*, Revista de Occidente, Madrid, 1958.
Historia de la relación médico-paciente, Revista de Occidente, Madrid, 1964.
- GRACIA G., Diego**; *Fundamentos de la bioética*, Eudema, Madrid, 1989.
“*Justicia sanitaria: una propuesta*”, en revista Perspectivas bioéticas en las Américas, FLACSO, 1996.
Fundamentación y Enseñanza de la Bioética, Búho, Santa Fe de Bogotá, 1998.
- KRAUT, Jorge A.**; *Los derechos de los pacientes*, Abeledo-Perrot, Buenos Aires, 1997.
- TEALDI, J. Carlos (Comp.)**; *Diccionario Latinoamericano de Bioética*, UNESCO, UNC, Bogotá, 2008.
- VIDIELLA, Graciela**; *El derecho a la salud*, Eudeba, Buenos Aires, 2000.
- WEBER, Max**; *El político y el científico*, Alianza, Madrid, decimoctava edición, 1998.

Bibliografía de Consulta

- CARMONA; DEL PRADO Y GALINDO**; *Diccionario de términos éticos*, Verbo Divino, Navarra, 1999.
- GRACIA G., Diego**; *Procedimientos de decisión en ética clínica*, Eudema, Madrid, 1991.
- HOTTOIS, Gilbert**; *El Paradigma Bioético*, Anthropos, Barcelona, 1991.
- MAINETTI, Alberto**; *Compendio Bioético*, Quirón, La Plata, 2000.
- LUNA F. y SALLES A.**; *Bioética: nuevas reflexiones sobre debates clásicos*, FCE, Buenos Aires, 2008.



Prof. Leonardo Raúl Waron

Adjunto Medicina Legal

Fac. Cs Médicas – UNR

Subdirector Carrera Especialización Medicina Legal

Fac. Cs. Médicas - UNR

fhalvarez@uns.edu.ar



EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

¿DOCUMENTO formal y/o PROCESO dentro de la relación médico paciente?

Introducción

En los últimos años observamos, en la mayoría de los reclamos sobre responsabilidad profesional por presunta mal praxis médica, que en las demandas se intenta demostrar el nexo de causalidad entre la supuesta conducta negligente y/o imprudente de un profesional y el daño que reclama el actor, fundamentándolo de la siguiente forma:

No existe constancia de haberse solicitado el consentimiento informado a N. N. para realizar las prácticas que se le efectuaron, sus posibles derivaciones y tratamientos alternativos.



Parecería, en especial para los abogados, que la existencia de un papel (constancia) identificado como Consentimiento Informado, firmado por el paciente y/o sus familiares, se ha convertido en un hecho fundamental para demostrar que el médico ha tenido una excelente comunicación con el paciente y sus familiares, que en conjunto han decidido la conducta y la táctica terapéutica más adecuada a las dolencias (motivo de consulta y posterior asistencia evolutiva) y necesidades del paciente y que todas las dudas e interrogantes (las más significativas) le han sido aclaradas.

Más aún que quienes tomaron la decisión de someterse a una praxis médica (no urgencias ni emergencias) tuvieron el tiempo y la tranquilidad necesaria para decidir por sí y para sí.

Definiciones y conceptos

El consentimiento informado se fundamenta en la autonomía del paciente, es decir, la capacidad de decisión sobre lo que se va a realizar sobre su cuerpo, esta es considerada en la actualidad, un aspecto saliente de la libertad personal y de los derechos humanos, que en esencia dan lugar al CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Si bien desde la década del setenta con el desarrollo de la bioética, cuyos principios fundamentales de autonomía, beneficencia, no maleficencia y de justicia, se establecieron reglas en la relación médico paciente, como la de confidencialidad, veracidad y del consentimiento informado, nada nuevo ha sucedido, ya que desde mucho antes del desarrollo de esta rama humanística de la filosofía, encontramos la importancia y la obligación de su implementación.

En el Código de Ética de la COMRA (abril de 1955) y en la Ley N° 4931 de la Pcia. de Santa Fe (Código de Ética - 1957) se menciona en numerosos artículos el consentimiento informado, encontramos entre

otros: artículo 11... debe respetar las creencias religiosas..., artículo 15... en casos de menores adultos su consentimiento será suficiente conviene dejar por escrito..., artículo 55 .. el cirujano no hará ninguna operación mutilante sin previa autorización del enfermo, la que se podrá exigir por escrito o hecho en presencia de testigos hábiles

En conclusión, la información consentida (consentimiento informado) existió siempre como principio básico en la relación médico paciente, quizás lo que se logró en este último tiempo es que los médicos permitieran decidir al paciente, con una base de mayor información y con menor autoritarismo profesional.

Desde la óptica jurídica, nos dicen que “ ... se trata del deber jurídico obligacional, de causa diversa, que incumbe al poseedor de información vinculada con una relación jurídica o con la cosa involucrada en la prestación, o atinente a actividades susceptibles de causar daños a terceros o a uno de los contratantes, derivados de dichos datos, y cuyo contenido es el poner en conocimiento de la otra parte, una cantidad de datos suficientes como para evitar los daños o la inferioridad negocial que pueda generarse en la otra parte, si dicha información no se suministra. (LORENZETTI, Ricardo L., Responsabilidad civil de los médicos. Editores R C, Buenos Aires, 1997, t I, p. 200.)

Desde la óptica médica podríamos decir que se trata de un proceso, que comienza cuando ingresa el paciente a la primer consulta y a partir de ese momento, el médico debe explicarle por todos los medios posibles (considerando la capacidad intelectual del sujeto y los conocimientos de uso corriente en el ámbito social donde desarrolla su actividad), no sólo el o los probables diagnósticos de su enfermedad, sino los distintos medios que ofrece la medicina actual para intentar resolver sus dolencias, los riesgos y las eventuales secuelas que puedan

surgir en la evolución de la conducta médica que se adopte, para que la persona decida libremente por si y para si mismo sobre lo propuesto.

Es decir, el resultado lógico del diálogo médico – paciente – familiar (entorno), que surge en la primera consulta y a partir de la cual comienzan un trabajo conjunto, decidiendo siempre el consultante en positivo o negativo, libre y concientemente.

“El médico sabe de enfermedades y el paciente conoce sus necesidades”

Vemos que aún siendo aparentemente diferentes, ninguna de las dos opiniones dicen expresamente que debe ser un documento (papel) estandarizado, por ello resulta interesante ahondar en sus formas de implementación y en la valoración del mismo, al momento de la instancia judicial.

Formularios y modalidades de implementación:

En nuestro país no hay una ley general al respecto (la ley 26259/09 no ha tenido aún adhesión en nuestra provincia) y en consecuencia no podría señalarse como regla el consentimiento escrito, pero indudablemente si se adopta esta modalidad, desde el punto de vista probatorio, cuan útil sería para la parte demandada, siempre que formara parte de la historia clínica, con lenguaje entendible para cualquier persona (evitando el lenguaje técnico) es decir en un castellano muy simple.

Entendemos que el médico debe siempre informar al paciente, puesto que es un presupuesto necesario para el consentimiento, en lo posible en forma escrita, y si el paciente no está capacitado para recibir la información, deberá dirigirse a sus familiares

El mejor modo de implementación es cuando de la documental médica surja la existencia de determina-

dos elementos que deberían considerarse (en el caso de no estar presente con el título de consentimiento) y darían la pauta de su existencia, tales como:

1. Diagnóstico o probabilidades de diagnóstico.
2. Descripción y propósito de tratamiento
3. Condiciones del paciente.
4. Riesgos o posibles complicaciones
5. Terapias alternativas y sus riesgos.
6. Autorización a transfusiones, etc.
7. Consecuencia de rechazar el consejo.

De los antes mencionados, las condiciones del paciente resultan ser de vital importancia, ya que los riesgos posibles no son similares por ejemplo, ante una cirugía por litiasis biliar, en un paciente joven sin patología previa, que en una persona de cincuenta años, diabético, obeso y/o hipertenso, indudablemente esto debe estar registrado e informado.

En la práctica diaria, observamos que con habitualidad, la constancia reclamada y aconsejada por los abogados y algunos colegas nuestros, se convirtió en un trámite administrativo (algo formal) donde hacen firmar al paciente y familiar (nunca debe ser el único si el paciente esta lúcido y es mayor de edad), un protocolo preformado (con términos jurídicos y/o médicos) ante un profesional subalterno o de administración, generalmente cuando ingresa a la institución prestacional para someterse a la práctica, para la cual le requieren el consentimiento.

Veamos:

a) El consentimiento informado, no es un momento, es un proceso, por lo tanto no debe ser considerado ni practicado como un hecho administrativo, debe surgir durante las sucesivas consultas entre el profesional y su paciente y/o familiar, donde juntos van delineando los distintos medios (interconsultas,

estudios complementarios de diagnóstico, tratamientos incruentos, etc.) posibles y accesibles, tendientes a restaurar el estado de salud previo a las manifestaciones de las dolencias motivo de consulta, indudablemente para cada uno de ellos, el paciente DEBE recibir información y DAR consentimiento.

b) Lo arriba mencionado, solo puede y debe estar asentado (documentado) en la historia clínica, ya que es allí donde el médico registra todas y cada una de las razones, situaciones clínicas evaluadas y las distintas propuestas terapéuticas planteadas al paciente junto con su acompañante familiar o no (si así ocurriera), siendo estos quienes generalmente los ayudan a tomar la decisión (principales testigos futuros de la existencia de haber brindado la información necesaria y de haberse respondido todas y cada una de las dudas del paciente)

c) Nada hay sistematizado ni legislado, sobre la necesidad de un formulario a presentar ante el paciente para documentar el cumplimiento de este deber de informar y mucho menos que este impreso, con conceptos generales y amplios, dejando solo espacio en blanco para agregar el nombre del paciente, del cirujano y eventualmente el tipo de práctica a realizar. Por ejemplo vemos protocolos iguales para todos los pacientes, en el cual colocan términos como: *“...autorizo al personal médico del Hospital...”*, *“...a realizar las prácticas necesarias para...”*, *“...autorizo a que el cirujano antes nombrado o quién el designe...”*, *“...autorizo a que realice las intervenciones necesarias y deseable a su buen juicio...”*, etc.

d) El consentimiento es dado indudablemente al médico responsable de la asistencia, luego de las distintas consultas y consiguientes explicaciones brindadas (al paciente y los familiares) y esto sucede en el CONSULTORIO, por lo tanto es en dicho ámbito donde debe ser firmado (de implementarse un papel) y ante el profesional tratante (quién indicó la

práctica), no ante un subalterno o personal administrativo y mucho menos .al ingresar para someterse a una práctica médica, que supuestamente ya aceptó.

e) De ser firmado por un familiar, el mismo debe ser designado previamente por el paciente (indudablemente sin tener afectación este su estado de conciencia) o por quién sea su tutor y/o curador o le corresponda por línea directa.

Consentimiento informado por escrito

En forma escrita ad solemnitatem:

a) si el tratamiento no tiene finalidad curativa

b) cuando hay trasplantes de órganos (ley 24193), para intervenciones quirúrgicas mutilantes (ley 17.132)

c) de anticoncepción quirúrgica (ley 12323).

d) en los distintos códigos de ética- de la COMRA- de la Provincia de Jujuy (ley 3832) de la Provincia de Santa Fe (ley 4931): para esterilizaciones, para terapias convulsivas, neuropsiquiátricas o neuroquirúrgicas, para intervenciones quirúrgicas mutilantes.

Consentimiento informado presunto (no existencia de la constancia)

En forma presunta cuando:

a) el tratamiento es necesario y de urgencia (estado de necesidad).

b) el consentimiento se extiende a los actos accesorios consecuencia necesaria del acto primario, en este último supuesto, debe considerarse que el acto accesorio no se convierta en una práctica más riesgosa que el tratamiento en general consentido.

c) en nuestra opinión también estaría presente cuando este surja de las documentales médicas, de las testimoniales y declaraciones, las que serán parte de la evaluación médico pericial.

Valoración del consentimiento informado presunto en la instancia judicial.

Los peritos médicos no pueden sustituir al juez, por lo tanto la prueba pericial no debe contener presunciones, pero sí deben elevar los indicios que le permitan al juez realizarlas, para ello se debe mostrar el procedimiento implementado (reconstrucción de los hechos) según la ciencia en que el profesional demandado es experto, basándonos en las distintas documentales aportadas (historia clínica, partes quirúrgicas, de enfermería, evoluciones, informes de diagnóstico, recetas, certificados, etc.), testimoniales y en la evaluación pericial personalmente realizada.

Se dice que desde el punto de vista jurídico, siendo que el médico tiene un deber de información, la historia clínica es la documentación del mismo.

Veamos que la jurisprudencia y los juristas, generalmente dicen:

“... la culpa surge por no haber informado o por haberlo hecho defectuosamente; en cuanto al nexo causal, la víctima debe demostrar que el daño proviene de un riesgo que debió ser avisado y si el peligro hubiera sido advertido, la víctima no se habría sometido al tratamiento y el daño no hubiera ocurrido, además este perjuicio debe ser mayor que el que hubiera sufrido de haber rehusado el tratamiento...”

Es por ello que nos preguntamos ¿es causal para adjudicar responsabilidad profesional en praxis médica la ausencia de consentimiento informado por escrito?

La respuesta debería ser NO, si en su ausencia y ante una completa y correcta historia clínica, evoluciones y demás documentales se puede elevar al juez, que:

1) de las documentales analizadas, surge que las evaluaciones médicas previas a la toma de decisiones terapéuticas fueron correctas y consensuadas

durante el proceso de diagnóstico,

2) de las evoluciones posteriores surge que se realizó una adecuada praxis médica.

3) de estas y de las testimoniales y/o de lo relatado por la actora o entorno (en cuanto a antecedentes recabados en el acto pericial) surge que existió una buena comunicación médico- paciente – entorno, con opciones y posibilidades de evaluar la táctica a seguir.

Es decir, si en la evaluación pericial se puede concluir que:

a) se realizó un correcto procedimiento médico (para lo esperable en un profesional de nivel medio acorde al momento, circunstancias y lugar donde se realizó la praxis cuestionada) y **b)** existió una correcta comunicación interpersonal a través de la presencia de consentimiento informado presunto, el acontecimiento de una de las secuelas esperables y mencionadas dentro de la bibliografía de uso corriente, le permitiría al juez no atribuir responsabilidad profesional solo por no tener el consentimiento informado por escrito.

Me permito citar algunos ejemplos de consentimiento presunto:

De la jurisprudencia:

1) En la causa “Reaves versus Mandel“ la paciente alegó no haber recibido información alguna sobre los riesgos de una histerectomía total. El doctor dijo que no recordaba los detalles pero que había hecho mil histerectomías, de las cuales cincuenta involucraban un fibroma del tipo del caso y que él siempre había dicho a los pacientes los detalles acerca de los riesgos. Éste era un “procedimiento fijo“. El Tribunal dijo que el comportamiento del médico fue tan consistente a lo largo de los años que llegó al nivel del “hábito“. Los casos sugieren la importancia de la rutina institucional en la prueba de que el paciente recibió información sobre sus derechos.

LORENZETTI, Ricardo L., Responsabilidad civil de los médicos. Editores R C, Buenos Aires, 1997, t I, p. 208

2) “el consentimiento del paciente a un tratamiento debe ser considerado un acto no formal, en la medida que la ley no prevea formalidades para su exteriorización, salvo en el caso de operaciones mutilantes (ley 17132) (C. Nac C y C - Cap Fed Pugliesi c/ Robchi – Abril /00)

De mi experiencia: (solo como ejemplos de cómo se puede demostrar la existencia de consentimiento presunto sin la constancia escrita).

--- Ante la propuesta a una paciente, de realizar una cirugía, esta solicitó hacer una interconsulta y luego de realizarla (llevando todos los estudios evaluados y un informe del médico tratante), regresó aceptando la terapéutica propuesta y así fue registrado por el profesional en su historia clínica de consultorio externo.

— Si en el momento de la testimonial y luego en la entrevista con el perito la actora reconoce esta situación y puede ser además confirmado en la testimonial del médico interconsultad

¿Podemos afirmar que la paciente no recibió información ni presto consentimiento por no existir constancia firmada?

Ante una situación como esta, si bien la parte actora reclama inexistencia de la constancia firmada, nosotros podríamos afirmar que hubo información y posterior consentimiento, aún con la ausencia de un papel.

Es por ello que nos preguntamos ¿que tiene mayor valor jurídico, un formulario preformado uniforme y con generalidades, generalmente firmado ante un personal administrativo al ingreso a una institución sanatorial a la que concurre para ser sometido a una

práctica médica o la demostración de una correcta relación médico paciente que surja de la más importante documental médica como lo es la historia clínica de consultorio externo o de internación?

Mucho mejor será, si a ello le agregamos un documento firmado por el paciente donde exprese que se le informó, como, sobre qué y que tuvo la posibilidad de decidir con plena autonomía sobre su motivo de consulta y no en forma general.



Dr. Félix Jiménez



CREMACIÓN E IDENTIFICACION DEL CADAVER

La existencia de los hornos crematorios se remonta muchos años, y sus orígenes, quizás, se los deba buscar en sistemas menos ortodoxos utilizados en el pasado. De cualquier manera, sigue guardando en la sociedad, prejuicios y convicciones que condicionan grandemente su funcionamiento.

El sistema crematorio, ofrece las ventajas de un método relativamente simple, rápido y, fundamentalmente higiénico, donde el paso inexorable del tiempo con los trabajadores de la muerte que acompañan a la destrucción del cadáver, se ve reemplazado por el fuego que acorta el largo proceso.

La falta de conocimiento, quizás, por la deficiente difusión, marcados fuertemente por nuestra orientación cristiana, influyen para llenar las circunstancias de la cremación, con un sinnúmero de fantasías que la hacen no sólo desagradable, sino hasta repudiables. La información debería comenzar en los claustros universitarios, fundamentalmente de nuestra Facultad de Medicina, para que el futuro médico, que es uno de los

profesionales que más acceso tiene a la familia y al ser humano en sí, instruya debidamente a su paciente. Sirva este trabajo como contribución a informar, sin intención ni creencia de que el tema esté agotado.

El Autor

Breve Revisión Histórica

Los pueblos de Asia y África, como los indígenas de Canaán, correspondientes al período neolítico de la prehistoria, usaban de esta práctica. Los descubrimientos en el Hipogeo de Gezer, presentan una capa de cenizas humanas de 3 cm de espesor, junto a huesos calcinados. No existen junto a ellos, metales ni adornos sino restos de cerámica, lo cual hace suponer con mayor certeza, que esos pueblos que moraron unos 4.000 años antes de nuestra era, practicaron este rito.

Entre los pueblos de Asia, los judíos enterraron siempre sus muertos, aún los de sus enemigos en la batalla y la ley mosaica que los rige, prescribe la inhumación de los ajusticiados el mismo día de la ejecución, (Ezequiel, 39; Deuteronomio, 21). La aplicación de esta ley fue constante, exceptuándose solamente en algunos casos de guerra y peste. No consta en los libros santos, ningún caso de cremación y la combustión que algunas veces se menciona de los funerales de los reyes, se refiere a la combustión de sustancias perfumadas sobre sus cuerpos, como se ve en Jeremías Cap. 34. En los pueblos del África como Egipto, donde aún persisten cadáveres embalsamados, se practicó la cremación del soberano, porque según las creencias no podía encaminarse hacia el cielo para unirse a los de su regia estirpe, sin haber sido volatilizado con sus muebles y enseres.

Entre los cananeos, fenicios y cartagineses, aunque no practicaban la cremación, tenían el rito bárbaro llamado en las Escrituras "Abominación de los Amonitos", de abrasar vivos sobre todo a los niños en

honor de sus ídolos, rito que el rey judío Achaz, abrazó sacrificando a sus hijos en honor de Moloc (IV Reyes, 16, III Reyes, 11).

En Asia menor, la inhumación fue el sistema practicado de ordinario, el rito ariano de la incineración, se introdujo más tarde en la Persia, pero en su contra hablan enérgicamente el Avesta y las doctrinas de Zoroastro. La incineración se consideraba abominable y castigada con la muerte, pues siendo el fuego adorado como Dios por los persas, era un sacrilegio manchar a este elemento con el contacto de los cadáveres.

En la India, la doctrina de los Vedas, admite tanto la cremación como la inhumación, practicándose fundamentalmente la primera.

En el Indostán por el carácter sagrado de algunos ríos se explica por que, eran y son arrojados a ellos los cadáveres y que las "Santas Ondas del Ganges" sean para muchos indios vivientes el más honroso asilo.

En China, y guiándonos por el relato del jesuita Mateo Ricci, que residió en Pekín a fines del Siglo XVI, en su obra: "I Comentari de la Cina", confirmado posteriormente por otros estudiosos del tema, como César Cantú (Historia Universal, T.I., pag.283, Ed. 1886) o V.M. Courant (En Chine, Moeurs et Institutions) y Jean Rodes (La China nouvelle 1909) no se menciona la cremación como práctica corriente. Aunque recientes estudios realizados en la excavación de Sham Wan en la isla de Samma, cerca de Hong-Kong llevados a cabo en diferentes períodos desde 1972 a 1976, proporcionaron ricas evidencias de la práctica crematoria, desde el período neolítico hasta los tiempos Históricos.

En el Japón por el contrario, la práctica de la cremación halláronla establecida lo misioneros del S. XVI, como lo describe el padre Luis Guzmán en Historia de las Misiones de la Compañía de Jesús, Lib. V, pag. 227 y 228 (Bilbao 1891).

Entre los países de Occidente en Grecia, deben distinguirse dos períodos. Un período primitivo, llamado Micénico, de acuerdo a los objetos funerarios hallados, establecen que no existía otro rito que el de la inhumación, el cual duró muchos siglos, siendo interrumpida en los tiempos épicos de Homero, en los que se practicó también la cremación, como puede verse en las honras fúnebres de Aquiles y de otros guerreros. Los defensores de la inhumación en Grecia, explican el paso a la cremación introducido en los tiempos épicos, al deseo de trasladar los despojos de sus guerreros desde el lugar de batalla en otras naciones, a su patria, con lo cual el traslado de urnas funerarias conteniendo solamente las cenizas, era mucho más fácil de realizar. De cualquier manera otros afirman que el cambio se produce, por una modificación de las ideas y de la primitiva en que el muerto continuaba viviendo en su sepultura (por ello dejaban a su lado alimentos, vestidos, etc.) a que el alma del difunto, no podía unirse a sus antepasados en los palacios de Plutón hasta que no hubiese sido quemado su cadáver, como se lo muestra en la *Ilíada* (Canto 23, V 70 y sigs.).

También en la primitiva Roma, no se conoció a otro rito que la inhumación, y sólo después de una época avanzada en tiempos de la República, aparece la cremación como parece indicar Cicerón (*De Leg*, Lib 2, c 22). Aún en el año 308 de la fundación de Roma, la ley de las 12 tablas daba libertad para escoger entre la inhumación y la cremación, exceptuándose de la cremación a los niños muertos antes de la dentición. En los tiempos del Imperio, predominó la cremación hasta el S. II dJC, en que se invierte la costumbre por la inhumación, hasta desaparecer por la influencia del cristianismo, hacia el S. V.

En España, madre de nuestra cultura y sintetizando con su descripción, lo que sucediera en otras partes del mundo pero que para no abundar en datos, se obvian en este trabajo, se encuentra que en la Edad de Piedra,

aunque es indiscutible la presencia del primitivo troglodita, nada puede decirse sin temeridad de los ritos funerarios. En el período Mesolítico, persisten las mismas limitaciones, aunque existen mayores elementos que atestiguarían de la práctica inhumatoria, como los trescientos esqueletos humanos formando un cementerio, de acuerdo a las observaciones realizadas por Leite de Vasconcellos en los Kiokenmondingos de Mungen en el Valle del Tajo (Portugal), y las de Solana de la Angostura (Segovia) donde se hallaron esqueletos enterrados a la usanza de los guanchos de Canarias que los colocaban en agujeros y grietas dentro de las grutas. En el período Neolítico o de la piedra pulimentada, si bien predomina la inhumación se encuentra en algunas cuevas sobre todo en Portugal, vestigios de incineración; en lo restante de la península, aparece generalmente la inhumación, como lo demuestran los descubrimientos hechos en las conocidas cuevas de Gibraltar, del Tesoro de Málaga y de otros puntos de Andalucía.

De la edad de los metales, por los descubrimientos arqueológicos realizados, el estudio de las costumbres de nuestros antepasados se hace más rico, pero no menos difícil. Si bien por los elementos hallados se pueden hacer ciertas afirmaciones, las mismas no resultan del todo categóricas, por lo que se desprende de los distintos autores que se dedicaron al estudio de esa época, con todo puede decirse que el período de transición entre la piedra y los metales, el rito funerario fue la incineración.

A lo largo del Mediterráneo, entre las diferentes ciudades, ofrece un ejemplo brillante la arqueología de Mataró y su comarca. En esta ciudad donde estuvo un día la antiquísima Iluro de Layetania y que fue municipio de ciudadanos romanos, aparecen los vestigios de los diferentes pueblos que la habitaron, por los diferentes ritos sepulcrales. Es así como las urnas cinerarias descubiertas en el Motí de Vent de

Casa Rodon, en Mataró y antes en Casa Mathey, del pueblo de Cabrera, prueban el uso de la incineración en la época céltica y helénica, como consta por las inscripciones griegas y célticas de los ricos vasos que acompañaron las urnas funerarias (V/Pellicer, "Estudios Históricos - Arqueológicos sobre Ituro", pag. 125 y sig. y pag. 493).

En la edad del cobre el rito ordinario es la inhumación, como lo prueban los descubrimientos de Lloletes de Alcoz y otras cuevas.

En la edad del bronce, se ha abandonado la incineración, para volver de un modo casi exclusivo a la inhumación, y con características similares a civilizaciones anteriores, como el acompañar al cadáver con alimentos y vestidos en la creencia de otra vida. Con frecuencia, la inhumación se hace en el mismo umbral de la vivienda.

En la edad de Hierro es frecuente el uso de las sepulturas Neolíticas, cuyo mobiliario se encuentra a veces intacto. Los cuerpos unas veces están inhumados, otras incinerados, encontrándose las cenizas en urnas con sus tapaderas correspondientes. Este tipo de sepulcros deben colocarse según Siret, (llamado por Menéndez y Pelayo, uno de los grandes obreros de la prehistoria Ibérica), hacia los S. IV y V a JC.

De cualquier manera, sin caer en repeticiones queda aclarado que las épocas no son taxativas, y que el predominio de uno de los sistemas no significa abandono completo del otro.

En nuestro continente americano predominó desde la prehistoria la inhumación, aunque es de notar, sin embargo que hay vestigios de incineración como también del uso del sistema embalsamatorio como sucedía entre los chibchas (Colombia) (V. Cronen. T.3 pag.69, América, Historia de su Descubrimiento).

Las hileras de momias conservadas en el antiguo templo del sol en las Islas del Titicaca (Perú), los esqueletos humanos juntamente con las armas de piedra, hachas y dardos de pedernales de los depósitos de conchífero de Brasil, no deja lugar a dudas sobre el sistema de inhumación. Finalmente comparten el mismo sistema los descubrimientos hechos por el Dr. Ameghino en las orillas del río Frías (Buenos Aires), y los del Dr. Seguí en las formaciones de la Pampa Argentina, el que encontró huesos humanos, pedazos de cráneo, mandíbulas y costillas, que procedían de cuatro sujetos distintos, además de herramientas de piedra (V.Cronen, América, T I, pag. 34 y sig.).

La idea de la cremación desapareció en el siglo IV de nuestra Era bajo la influencia del Cristianismo. Su renacimiento en la época moderna arranca de la Revolución Francesa, en que por influencia del Neoclasicismo se propagó la idea de la incineración de los cadáveres. En 1796 se propuso bajo el Directorio la voluntaria cremación de los cadáveres. La idea no prosperó por entonces.

En Francia el Consejo Municipal de París votó la libertad de la cremación. En 1880 se fundó la sociedad Francesa de Cremación y en 1886 al 87 se construyó un gran crematorio en el cementerio del P. Lachaise conteniendo un horno Gorini. Interiormente se agrandó y reformó el crematorio donde se incineraron, además de los cadáveres no reclamados en los hospitales, los restos de los disecados y los fetos. En Italia es donde principalmente toma cuerpo el movimiento en favor de la cremación, habiéndose instalado hornos en varios puntos del país.

En Buenos Aires se quemaron desde 1884 los cadáveres de los enfermos contagiosos, habiéndose instalado después varios crematorios para el público. Interesante es rescatar por su innegable valor histórico el acta de la primera cremación llevada a cabo en nuestra República y que transcribo parcialmente:

"Acta de la Primera Cremación llevada a efecto en la República Argentina. "En la ciudad de Buenos Aires, a veintiséis días del mes de diciembre de mil ochocientos ochenta y cuatro, reunidos los abajo firmados en virtud de orden superior hallarse a cargo de un caso sospechoso de fiebre amarilla, en el local de la nueva Casa de Aislamiento (actualmente en construcción), situada al sur de la ciudad, procedieron de acuerdo con lo dispuesto por el director general de la Asistencia Pública, doctor don José, María Ramos Mejía, siendo las 9 p.m., a arreglar todo lo concerniente para practicar la cremación o incineración del cadáver de Pedro Doime, fallecido el día anterior a las 2 y 45 minutos de la tarde."

"Siendo las doce y media de la noche y habiendo concluido esta cremación, tal vez la primera que se realiza en nuestro país, dimos por terminada nuestra misión, levantando la presente acta."

”Avelino R. ALURRALDE, médico auxiliar del Departamento Nacional de Higiene- José, PENNA, director de la Casa de Aislamiento- Santiago FORNO, prosector de la Morgue - Nicolás LOZANO, prosector de la Casa de Aislamiento.”

Los datos apuntados, hacen referencia de la evolución de la cremación hasta las últimas décadas del siglo pasado, en que las discusiones por uno u otro método han quedado superadas, y las acciones se encaminan hacia la instalación de nuevos crematorios y al mejoramiento de los ya instalados, como se desprende de las estadísticas mundiales y nacionales. No significa que la cremación reemplazará a la inhumación, pero sí, que adquirirá mayor importancia, sobre todo, por el desarrollo excesivo de nuestros cementerios, verdaderas ciudades de muertos, que no sufren el natural equilibrio biológico.

Funcionamiento y Detalles Técnicos

Proceso

El cadáver, transportado hasta el lugar, es retirado del cajón y colocado en una bandeja especial mediante la

que se introducirá directamente en el horno. Lograda la temperatura promedio de 1.000 °C, el proceso se realiza entre 50 a 110 minutos, dependiendo fundamentalmente de la contextura física, siendo como es lógico suponer más larga la cremación de los obesos. Concluida la misma, es factible rescatar los objetos metálicos u otros elementos que por su composición no hayan sido destruidos. De cualquier manera, las sustancias orgánicas se volatilizan, quedando pequeños restos inorgánicos que son aplastados por medio de un rodillo de plomo, que completa la reducción. Las cenizas que resultan de la cremación de un cadáver de una persona adulta y de peso mediano oscilan entre 1,200 y 2 Kg., las mismas son colocadas en pequeñas urnas de madera y entregadas a los interesados. Las urnas cinerarias, pueden ser depositadas en el lugar que se estime más conveniente; panteones familiares, domicilios particulares, transportadas a otro lugar geográfico, en columbarios, aventadas, arrojadas al agua o depositadas en el Jardín Osario y Cenicero general, sobre todo aquellas que no fueron reclamadas.

Identificación

Un capítulo que merece especial atención son los casos de muerte violenta o dudosa donde la autorización la extenderá el juez que entiende en la causa. Claro está, a veces los casos no resultan del todo claros, y no está de más recordar que en caso de inhumación, el cadáver queda en bóveda o en tierra, siendo factible realizar ulteriores investigaciones, mientras que en el acto de cremación se destruye toda posibilidad de que esto suceda. Esto podría resultar uno de los inconvenientes tal vez más delicados de esta práctica, discutido durante mucho tiempo y visto con cierto recelo bajo el punto de vista médico-legal. Fácil es comprender lo que se afirma si se repasa a Bonnet, quien en su tratado de Medicina Legal, relata lo constatado en una de sus observaciones en un recién nacido arrojado en un incinerador, cuya temperatura es muy inferior a la lograda por el Horno Crematorio y

donde entre los 50 y 70 minutos refiere que: quedan cenizas en el horno de incineración, entre las que deberá llevarse a cabo un nuevo tipo de examen constituido precisamente, por la suspensión médico legal de la cenizas del horno sospechoso".

Expresa Bonnet que en el examen se podrán encontrar:

- a) Los huesecillos del oído.
- b) Peñasco.
- c) Arcos neurales.
- d) Porción bacilar del occipital.
- e) Cuerpo de esfenoides.
- f) Gérmenes dentarios.
- g) Segmento de huesos largos;

como además también la posibilidad de realizar estudios histopatológicos en los elementos hallados, lo cual es casi imposible en los restos de cadáveres cremados, que como expresara anteriormente, queda reducido a escamas que se desintegran con el contacto de los dedos. Por lo tanto es difícil determinar al menos la causa de muerte u otra contingencia que la haya facilitado o provocado, quedando como única alternativa válida el diagnóstico de especie, sobre todo ante la duda que se le presentan a los familiares en la presencia de las cenizas, punto crucial y a veces condicionante para efectuarla por la sospecha de sustitución de las mismas. De cualquier manera y como expresara más arriba el trámite se reduce a constatar la presencia de cenizas humanas, hecho que se puede lograr mediante el estudio macroscópico y químico de las mismas, no exento de dificultades como lo afirmaran ya hacia 1931 Simoni y Trivelli donde luego de cremar con fines experimentales, dos cabezas de fetos expresan:

- 1) Las cenizas de un horno común contiene entre 640 y 680 MG. de fósforo por kilogramo.
- 2) Cuando se han incinerado huesos humanos, esta cantidad aumenta considerablemente, puesto que un sólo peñasco de un feto de siete meses aporta 150 a 200 MG. de fósforo.

3) Los huesos calcinados de fetos se caracterizan químicamente por una relación calcio-fósforo vecina a dos y una proporción de fosfato de calcio equivalente a un 76-96 % del total de las cenizas.

4) La cantidad de fosfatos que corresponden a un feto de término de 3,500 GM. De peso es de 129 GM. O sea aproximadamente 56 gr. con 66 centigramos por Kg.

5) La cantidad de fosfatos que corresponde a un feto varía según su edad intrauterina.

6) No se puede diferenciar químicamente el hueso adulto del recién nacido, ni el hueso humano del animal, tal como lo señalan los estudios de Simonin, Thivolle y Morgulis.

A pesar de que se ha considerado que no se puede obtener información fidedigna de las cremaciones, los trabajos han demostrado que el análisis cuidadoso, puede revelar detalles hasta aquí insospechados (Gejvall 1947 y 1955, Lisowski 1956, 59 y Spence 1967). Exámenes de restos cremados pueden indicar en alguna ocasión, la edad, estructura de poblaciones y la incidencia de ciertas enfermedades como osteoartritis, fracturas, tuberculosis, de la columna vertebral, anormalidades de los huesos, abscesos dentarios y la posibilidad de mal nutrición del sistema esquelético. El peso y volumen de la cremación que se pensó en un tiempo de suma importancia no se lo tiene en cuenta por ser un método inútil para identificación (Hnmann 1976). El color de los restos cremados varía entre un blanco tiza hasta el gris, amarillo, marrón, azul grisáceo o negro, debiéndose la apariencia de blanco tiza a gris a la presencia de fosfatos.

El color marrón de los restos al hierro derivado de la hemoglobina, el color verde se debe usualmente al cobre en el suelo o a la proximidad de implementos de bronce. Se determinó además que la temperatura necesaria para los cambios de color sería la siguiente: a menos de 250°C. el material es amarillento, desde los 250° C. a los 700° C. el color cambia del marrón al

negro y al azul grisáceo y sobre lo 800° C. se torna blanco. Comparando cremaciones actuales con muestras de tiempos prehistóricos indican que las técnicas antiguas, deberían haber logrado, un buen nivel de eficiencia.

Los huesos compactos y la corona de dientes, normalmente se rajan y se rompen en pedazos como resultado de la quemazón, aunque los dientes que no han salido en sus varios estados de desarrollo y las raíces de los mismos son comúnmente enteras o pueden ser reconstruidos, reafirmando lo expresado por los autores más arriba expuestos. La fragmentación de huesos compactos, muestra el grado de regularidad, las líneas de fisura, tienden a mostrar la trayectoria del hueso y así revelar la interdependencia entre la estructura y la función. El tejido esponjoso que desde el punto de vista mecánico es el más resistente, en general, retiene su forma y sólo se contrae un poco durante el proceso de incineración, claro está que los fragmentos son en general pequeños y quebradizos. El esmalte de los dientes está comúnmente fisurado, y la bóveda craneana sin fragmentos, están divididos entre la lámina interna y la externa.

Insistiendo en el certificado que deberá extender el médico me parece propicia una cita del año 1934, cuya vigencia permanente resulta indiscutible: *"En los países donde la cremación está mucho más extendida que en el nuestro (Alemania, Suiza, Suecia, Noruega, Estados Unidos, etc.) se han producido infinidad de procesos escandalosos y aún de crímenes en cuyo caso la justicia ha visto dificultada su acción y donde los médicos inocentes han pagado las consecuencias, por la sola desidia de no examinar el cadáver antes de extender el certificado y creer en la buena fe de los solicitantes. En estos casos debemos recordar que no es necesario que el médico sea condenado y cumpla la pena para que el perjuicio sea inmenso. Bien sabemos cuán frágil es la reputación de un profesional y con cuánta ligereza juzga el público las informaciones ávidas de escándalo de la prensa sensacionalista, y cuán poco el consabido "no afecta su buen nombre y honor" es capaz de lavar la*

afrenta de un proceso de esta índole.

OPINION DE LA IGLESIA CATÓLICA

Sin lugar a dudas, uno de los puntos más importantes y no menos difíciles del tema que nos ocupa es la opinión de los distintos credos religiosos.

La Iglesia Católica contempló siempre el tratamiento del cadáver siendo defensora de la práctica inhumatoria, es por eso que todas sus ordenanzas están encaminadas a tal fin o evitando las posibles desviaciones.

Es así como en el siglo V, durante el concilio de Braga del 563, (V. Mansi, París, 1902, T 9, pág. 779) en su capítulo nono fija normas para la inhumación, determinando que no permite que los difuntos sean enterrados dentro de la Iglesia, por la reverencia debida a los mártires que están en Ella, sino junto a las murallas del templo. Lo mismo determina los concilios Moguntinos del 814 y Triberense del 895. Con todo, desde el siglo VI se concedió enterrar en los Templos los cadáveres de los Obispos, Abades, Presbíteros y laicos más insignes. Privilegio que se extendió más tarde a todos los fieles como consta en Nicolás I (Resp. ad consult. Bulg. c99, a. 866). Años más tarde en que algunos fieles hervían los cadáveres, sobre todo cuando se trataba de personas de gran dignidad o de nobles, para separar la carne de los huesos y transportar con más comodidad los restos de su propia sepultura; Bonifacio VIII en su "Decretal" del 21 de febrero del 1300 "Detestandae ficitatis abusum" ante estos hechos establece: 1°) Que los que cometan tales abusos incurrían ipso facto en excomunión reservada a la Santa Sede. 2°) Que los restos de estos cadáveres, serán privados de sepultura eclesiástica ("Extravag. Conm." Libro III tit. VI, Ci).

Y a fines del siglo pasado, y por decreto de la Congregación del Santo Oficio, del 19 de Mayo de 1886 dado a consulta a varios Obispos, se haya prohibido a los

fieles ordenar la cremación tanto para sí como para otros, y el inscribirse en las sociedades que tienen por objeto propagarlo

El 15 de diciembre del mismo año 1886, la misma congregación de la Santa Inquisición expide un nuevo decreto, en el que manda que sean privados de sepultura eclesiástica a todos aquellos que por propia voluntad han sido incinerados, si consta de un modo cierto y notorio que preservaron con voluntad culpable en esta disposición hasta la hora de la muerte. Determina también que en los casos dudosos se recurra al ordinario.

En otra publicación consultada del año 1931 se extracta lo siguiente: El Código del Derecho Canónico mantiene y establece la prohibición de la cremación del cadáver bajo gravísimas sanciones.

La cremación de los cadáveres de los fieles viene expresa y terminantemente reprobada por el Canon 1203, declarando que si de cualquier modo manda una persona que sea quemado su cuerpo, es ilícito cumplir su voluntad, debiendo tenerse por no puesta la cláusula del contrato, testamento o cualquier otro acto en que lo disponga. Además, priva de sepultura eclesiástica a los que hayan mandado que se quemen sus cuerpos (Canon 1240), imponiendo a los transgresores de este precepto voluntariamente entredicho de entrar en la Iglesia, y excomunión *Latae Sententiae* no reservado a los que obliguen a darles tal sepultura (Canon 23339).

El 6 de octubre de 1964 en el Observador Romano (ed. de Buenos Aires) publica que: "La Iglesia sigue siendo partidaria de la práctica de la inhumación de los cadáveres de los fieles, pero acepta la cremación en caso de verdadera necesidad. Se agrega en estas instrucciones que para no acrecentar las dificultades hoy surgidas y para multiplicar los casos de dispensas de las leyes vigentes, se hace conveniente mitigar algo lo

dispuesto por los cánones 1203 (2 y 1240,1, n.,5), de modo que en adelante lo dispuesto por dichos cánones no deba observarse más en todos los casos, sino sólo cuando conste que la cremación sea querida como negación de los dogmas cristianos, o con ánimo sectario, o por odio contra la religión católica o contra la Iglesia".

"El punto 3) explica que a esto se sigue que a quien haya pedido la cremación de su propio cadáver, no se le deberán negar, por esta razón los Sacramentos y los sufragios públicos, a no ser que conste que haya hecho tal pedido por los motivos arriba indicados, hostiles a la vida cristiana".

"Finalmente, el punto 4) establece: Para no debilitar la aflicción del pueblo cristiano a la tradición eclesiástica y para demostrar la aversión de la Iglesia a la cremación, los ritos de la sepultura eclesiástica y de los sufragios que los siguen no se celebrará nunca en el lugar donde se realiza la cremación y tampoco se acompañará allí al cadáver".

Comentario Final

La Argentina, no ha permanecido ajena al desarrollo mundial del sistema cremacionístico, contándose crematorios en varios puntos de nuestro país. La difusión lograda, el mayor conocimiento de la población sobre el tema y fundamentalmente una actitud más comprensiva, han sido factores a tener en cuenta.

Bibliografía

- **Pennington, E. A.** *Postmortem care: more than a ritual* Am I. Nure, 78 (5): 846-847, May. 1978.
- *Hidden Hazards of cremation.* Editorial. Br. Med.I., 2 (6103): 1620-1621, 24-31 dec. 1977.
- **Lisowski, F.P.** *Human remains from Sham-Wan, Hong-Kong, with observations of the practice of cremation of China.* Homo, 30 (2): 95-106, 1979.
- **Schmidt V.** *Newly uncovered cremation graves from Roman Imperial times in Schwanbeck, Neubrandenburg.* Ausgrab. Fun, 25 (3) 146, 1980.
- **Spaulding, H.** *How about cremation.* Letter Death Educ. 4 (2): 213-214, 1980.
- **Gualtieri, M.** *Ritual cremation among the Lucanians Meeting.* Am. I. Archae, 85 (2):196,1981.
- **Bonnet E.F.P.** *Medicina Legal.* 2 Ed. Buenos Aires, Lopez, C.1980.
- **D. Ángelo Rodríguez, A.** *Mecanismo Legal de la cremación de cadáveres.* Sem. Med., 25: 1981-1982.
- **Ministerio de Salud Pública (R.A.).** *Resolución N° 2.005/68 Transporte Internacional de Cadáveres.* Bol del día, 4412: 1968
- **Ordenanzas Municipales de la Ciudad de Rosario:** 2.089 y 2453.
- **"La Capital"** 15-03-80: *"Fue habilitado el crematorio Municipal"*.
- **Diccionario Enciclopédico Spassa-Calpe.** Edic. 1921. Pág.69-87.
- **Enciclopedia Universal Ilustrada.** Edic. 1931- Apéndice.
- **"La Capital"** 22-03-80. *"El Arzobispado y el crematorio: Declaración"*.
- **"Cremación"** *Boletín oficial de la Liga Argentina Pro-Cremación.* Año 1. Número 1.



Dr. Fernando Redondo



RESEÑA

MATERNIDADES CENTRADAS EN LA FAMILIA

Las comunidades, independientemente del grado de desarrollo, han protegido a su modo a las mujeres y a sus niños. Cada recién nacido es único e irremplazable desde todo punto de vista y expresa la decisión de cada grupo social de perpetuar la especie, la familia, sus afectos, su nombre.

Hace años atrás el nacimiento era un acontecimiento familiar, compartido con la comunidad. Ocurría en hogares con la protección y ayuda de otras mujeres (abuelas, madres, comadres, vecinas) que tenían conocimiento de los partos normales. El trabajo de parto transcurría en el ambiente familiar, protector, donde la mujer era libre de moverse y expresar su dolor y felicidad al mismo tiempo.

El recién nacido era inmediatamente abrazado y puesto sobre el pecho materno tranquilizado, admirado y

amado. Se alimentaba exclusivamente al pecho sin horarios ni restricciones, complementos o suplementos. El niño transcurría sus primeros días en su casa en interacción continua con su familia en su comunidad, su experiencia era muy agradable sin separaciones ni desconocidos alrededor.

Esta imagen resumida es la un parto normal que ocurre aproximadamente en el 80% de los nacimientos.

Pero no deja de ser cierto que algunos trabajos de parto y nacimientos NO son normales y que el recién nacido Y su madre pueden enfermar y morir en estas circunstancias. Esta situación al ser minoritaria no es asumida por la comunidad como una probabilidad, como un riesgo, a pesar del progreso médico de la obstetricia y la neonatología. Es difícil aceptar actualmente la muerte relacionada con el embarazo y el parto ya sea de la madre como del niño. ¿Cómo es posible que desaparezca la nodriza del hogar o su bebé que tiene una esperanza de vida de 75 años? Esto ocurre y seguirá ocurriendo porque la ciencia no puede resolver aún varios interrogantes médicos como el trabajo de parto prematuro o la infección del líquido amniótico.

Tampoco la sociedad resuelve el tema de la exclusión y el abandono de los más necesitados, casualmente los que más se mueren, lo que la ciencia médica no puede modificar y opta por estar en primera fila del espectáculo del fracaso.

Desde hace un tiempo, con el objeto de evitar infecciones, surge la institucionalización (hospitalización) del parto y el nacimiento. La mayor parte de la población de este modo tuvo acceso a las mismas posibilidades de higiene y control de las madres y sus bebés al momento de nacer.

Este verdadero cambio llevó a la gestante a maternidades/hospitales acostumbradas a asistir enfermos y sus enfermedades. Pero la mujeres embarazadas NO

están enfermas en su mayor parte, todo lo contrario están en la plenitud de su rol de mujer, esposa y madre. Los hospitales/maternidades se construyen y funcionan en su mayoría como lugares de atención de enfermos y emergencias, dejándose de lado patrones sociales donde transcurren las familias.

Las mujeres embarazadas pasan mucho tiempo en las salas de espera, cuando ingresan en trabajo de parto lo hacen en ambientes muy blancos, libres de infecciones, no familiares, intimidantes, solas y cuando ha ocurrido el nacimiento son alojadas en sitios poco acogedores, feos y con comodidades limitadas donde el acceso a familiares siempre, por alguna razón, esta “temporalmente” vedado.

Pero lo más preocupante es que la embarazada accede y enfrenta al ámbito hospitalario SOLA, sin su marido ni sus familiares, ellos han quedado afuera, no están contemplados en la planificación del sistema. No hay salas de espera confortables pero si horarios restringidos de visitas.

Los hospitales/maternidades tienen además servicios de Neonatología para el cuidado de recién nacidos enfermos, allí estos son separados inevitablemente de sus madres para la asistencia por tiempo prolongado en momentos vitales para el desarrollo del vínculo madre-hijo.

Si bien la hospitalización ha logrado descender notablemente la mortalidad materna y del recién nacido enfermo lo han hecho a un alto costo afectivo para las familias.

A este resumen le corresponden elaborar propuestas posibles y coherentes para recuperar el rol de la mujer y su entorno social. Estas acciones se enumeran a continuación en forma de guías para la organización de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia (propuestas por Ac A Miguel Larguía y cols):

Acciones concretas:

- 1) Organigrama de funcionamiento que incluyan “Servicios a la Familia” (acciones de educación para la salud básicas y de procreación, medicina anticipatoria, programa de apoyo a los padres, a madres adolescentes, organización de residencias para madres).
- 2) Organización de consultorios externos en todas las áreas donde se priorice de veras a la embarazada a los efectos de asegurar el número y la calidad de los controles prenatales.
- 3) Programa arquitectónico para la adecuación ambiental hogareña de la embarazada y del recién nacido.
- 4) Asistencia al parto en un Centro Obstétrico según modalidad de salas únicas del trabajo de parto, parto y recuperación (TPR) con participación familiar y asistencia de acompañante.
- 5) Promoción y apoyo incondicional de la Lactancia Materna de acuerdo a la iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño de UNICEF.
- 6) Tratamiento de las interferencias hospitalarias mediante el sistema de internación conjunta madre-hijo recién nacido.
- 7) Ingreso irrestricto de los padres a los Servicios de Neonatología y programación de visitas dirigidas a hermanos y abuelos.
- 8) Residencia Hospitalaria para la estadía de Madres de prematuros y RN patológicos internados en Cuidados Especiales, incluyendo salas para la extracción de leche.
- 9) Estimulación individualizada de los RN prematuros con prevención/tratamiento de stress y dolor, asistencia de nido y adecuación hogareña de su lecho y contacto precoz piel a piel independientemente del grado de cuidados necesarios.

10) Programa de apoyo a futuros padres, padres de prematuros, madres adolescentes, etc.

11) Estimulación y organización de servicios de Voluntarias para el apoyo y asistencia integral de grupos familiares con carencias.

12) Detección precoz del maltrato, abandono y deprivación materna.

En general las acciones propuestas están basadas en el respeto de los derechos de la mujer embarazada y sus recién nacidos (declaración de Barcelona del 2001). Nada mas (ni menos) que el respeto de los derechos humanos.

Consiste, fundamentalmente, es un gran cambio de actitud del equipo de salud poniendo solo la mira en los únicos dueños de las maternidades que son los recién nacidos y sus familias.



Dr. Guillermo Kerz



COMENTARIOS

El Dr Hugo Spinelli realiza una mirada retrospectiva sobre la Revista “Salud Colectiva”, la cual cumple 5 años desde su nacimiento, que nuestra Biblioteca cuenta orgullosamente entre los títulos que se pueden solicitarse en la misma.

El Dr. Hugo Spinelli reflexionará acerca, no solo del proceso de como la Revista Salud Colectiva fue ganando su espacio en la Sociedad Nacional e Internacional, sino también como buscó “comprometerse con la formación de masa critica capaz de construir Lectores y no meros consumidores; manteniendo activa la “curiosidad epistemológica” de la que nos hablaba Paulo Freire.”

Por otra parte, nos interpela, acerca de este nuevo emprendimiento del Colegio de Médicos de Santa Fe, a través no solo de su revista “Colegio y Comunidad”, sino también en relación con su Educación Medica Continua de Posgrado (Cursos Presenciales, Aulas Virtuales Moodle, Revista Científica del Colegio de Médicos, Proyecto de Digitalización de la Biblioteca como acceso a Bases de datos mundiales en convenio con la Universidad Nacional del Litoral, como servicio para toda la 1ª. Circunscripción, hasta en sus lugares mas recónditos de la misma), al referirse

concretamente: “En la medida que los formadores apostemos a la Educación en forma permanente, a la formación de lectores interpretes, de sujetos capaces de intervenir en el mundo y no adaptarse a el; probablemente contribuiremos a generar navegantes concientes, sujetos activos y no meros objetos de los procesos de cambio.”

Con la autorización de su autor, sirva estas reflexiones, primero para felicitar desde Santa Fe este importante emprendimiento y por otro lado para que la Revista “Colegio y Comunidad” pueda contribuir a Construir Colectivamente los Procesos de Salud, en forma Integral e Integradamente, interdisciplinaria y solidariamente, cuyo centro es el Cuidado progresivo de la Persona en el Proceso Salud-Enfermedad con eje en la Persona, su Familia y su entorno, como el Primer Nivel de Atención del Sistema de Salud.

A cinco años de nuestro primer número

Five years after our first edition

En abril de 2005 salía el primer ejemplar de Salud Colectiva, que reflejaba no solo una apuesta en la construcción de una línea editorial, sino la conformación de un Cuerpo Editorial integrado por más de 80 investigadores que adherían al proyecto. A partir de la experiencia que hemos tenido en estos años, nos proponemos transitar, en este editorial, tres campos de análisis: la revista como propuesta editorial; su inserción en las redes de producción científica regional e internacional; y el proyecto sociocultural que representa.

LA REVISTA COMO PROPUESTA EDITORIAL

Al hacer un balance de estos cinco años, nos encontramos con un resultado que no es un logro individual, sino que es producto de un proceso colectivo en el que una multiplicidad de actores apostó a un proyecto editorial. Gracias al apoyo recibido inicialmente por la

Asociación Civil Salud Colectiva Centro de Estudios para la Salud, y posteriormente por la Universidad Nacional de Lanús; al compromiso de los autores, editores, evaluadores, patrocinadores y el equipo de trabajo, la revista logró en muy poco tiempo posicionarse en el ámbito internacional, ingresando a indizadores como Pascal (Institut de L'information Scientifique et Technique, Francia); Social Sciences Citation Index (Thomson Reuter, EE.UU.); Scopus (Elsevier, Ámsterdam); Hapi (University of California, Los Angeles, EE.UU.); Doaj (University of Lund, Suecia); Dialnet (Universidad de La Rioja, España); Redalyc (Universidad Autónoma del Estado de México); Latindex (Sistema regional de información en línea para revistas científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal); CLASE (Universidad Nacional Autónoma de México); entre otros.

Como expresión de lo anterior, comenzamos a recibir trabajos de autores de Colombia, México, España, EE.UU., Cuba, Venezuela, como también de investigadores de prestigiosas instituciones argentinas, lo que nos marcaba que comenzábamos a construir un espacio necesario en lengua española, tanto al exterior, como al interior de nuestro país.

Recientemente, hemos recibido los resultados de la evaluación realizada por el Comité Científico Asesor del Centro Argentino de Información Científica y Tecnológica (Caicyt), ratificada por la Resolución 2982/09 del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Conicet), en la que se nos comunica formalmente que Salud Colectiva ha sido aprobada para ingresar al Núcleo Básico de Revistas del Caicyt-Conicet, lo cual nos habilita a ingresar al portal SciELO. Como muchos saben, esta evaluación ha sido una instancia esperada durante largos años. La alegría es aún mayor por los resultados del análisis llevado a cabo por el Comité. No solo nos han adjudicado la más alta calidad científica y editorial, sino que consideran que "la revista es una muy buena

fuente de referencia para la investigación en salud pública". Esto implica un gran paso para la revista y un gran logro para la Universidad, por sostener un proyecto editorial de referencia para la región. 302 HUGO SPINELLI SALUD COLECTIVA, Buenos Aires, 5(3):301-303, Septiembre - Diciembre, 2009 Somos conscientes de que estos logros dependen de una gran diversidad de variables interrelacionadas en las que todos los actores y las lógicas del proceso editorial deben converger hacia un mismo objetivo. Y en ese sentido debemos resaltar además, la importante tarea llevada adelante por los revisores, quienes aportan la mirada externa e imparcial imprescindible para un texto. Creemos que cualquier instancia de evaluación, tanto de artículos, como de las publicaciones en sí, más allá de su resultado final, siempre aporta otra perspectiva que posibilita repensar y reelaborar nuestras prácticas.

SU INSERCIÓN EN LAS REDES DE PRODUCCIÓN CIENTÍFICA REGIONAL E INTERNACIONAL

A comienzos de 2007, nos propusimos que los editoriales de la revista fueran también un espacio de intercambio y discusión entre diferentes autores sobre una misma temática. Luego del interesante debate sobre discusiones metodológicas en Salud, entre autores como Ana Diez Roux (1), Naomar Almeida Filho (2), Maria Cecília de Souza Minayo (3) y Susana Belmartino (4), planteamos un segundo eje temático en torno a la producción científica en los países de América Latina y su vinculación con la inversión en Ciencia y Tecnología, los indicadores bibliométricos, las iniciativas de Open Access y los intereses comerciales. En los sucesivos editoriales, cada uno de los autores convocados fue aportando su visión crítica: Ana Luz Quintanilla (5), Luis David Castiel junto a Javier Sanz-Valero (6), y Luis Carlos Silva Ayçaguer (7) fueron entretejiendo desde diversas

latitudes una misma trama que deja al descubierto un sistema que consolida los conceptos de centro y periferia.

Esta discusión no es ajena a nuestra política editorial. Desde su inicio la revista adhirió y se comprometió con las iniciativas Open Access, que en Latinoamérica se consolidaron a través de las plataformas de la Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal (Redalyc) con sede en México y la Scientific Electronic Library Online (SciELO), red conformada por sedes nacionales vinculadas generalmente con los organismos de Ciencia y Tecnología; y en Europa, a través de las plataformas del Directory of Open Access Journal (DOAJ) con sede en Suecia y Dialnet en España. Estos proyectos, han aportado una gran visibilidad internacional a los trabajos publicados por revistas de la región, al permitir la recirculación de los archivos con protocolos de acceso abierto, que expanden y diseminan sus contenidos, logrando que las publicaciones formen parte de los recursos disponibles de centenares de bibliotecas electrónicas de universidades asiáticas, europeas, australianas y americanas.

Si bien la incorporación de títulos a las colecciones SciELO sigue criterios de calidad equivalentes a los utilizados por los índices internacionales (8), los organismos públicos latinoamericanos involucrados en la planificación de la actividad científica y tecnológica, no valorizan sus propias plataformas y sistemas de evaluación, sino que en general siguen apostando a medir esa calidad a partir de índices de impacto diseñados en países centrales, consolidando una desigualdad sostenida a través de una globalidad ficticia. Ello presupone una desvalorización y falta de credibilidad en la producción latinoamericana, partiendo de la premisa de que la corriente principal, la calidad y la excelencia suceden por fuera de nuestros países.

LA REVISTA COMO PROYECTO SOCIOCULTURAL

Este editorial nos obliga a reflexionar además, acerca de nuestro rol en un contexto histórico marcado por fuertes cambios tecnológicos, que modifican la forma de situarnos frente al texto, la producción y la difusión del conocimiento, cambios que no nacen con el siglo XXI, sino que son producto de un proceso que lleva varios siglos.

EDITORIAL

EDITORIAL 303 SALUD COLECTIVA, Buenos Aires, 5(3):301-303, Septiembre - Diciembre, 2009

En la actualidad, la industria editorial produce objetos de consumo que solo se transformarán en objetos culturales en tanto encuentren un lector, y solo se transformarán en patrimonio cultural en tanto encuentren una comunidad de lectores intérpretes (9). Entonces es aquí, donde la Universidad como ámbito formador, y nosotros como editores y autores inmersos en la producción editorial, pasamos a ser actores con capacidad de acción en este complejo escenario; acción que debería comprometerse con la formación de una masa crítica capaz de construir lectores y no meros consumidores, manteniendo activa la "curiosidad epistemológica" de la que nos hablaba Paulo Freire.

Desde fines del siglo XX, hemos asistido al crecimiento de nuevas tecnologías de alto valor intrusivo que han modificado gran parte de nuestro cotidiano, han fragmentado y dispersado no solo al discurso sino a nosotros mismos, lo que nos exige una extrema y continua capacidad de elección y decisión sobre su uso para seguir siendo dueños de nuestro tiempo.

Sin embargo, las nuevas tecnologías abren una nueva puerta: el texto vuelve a la escena. Este regreso caótico

e invasivo exige de una constante capacidad de elección y selección para no ser barcos a la deriva en un

Referencias Bibliográficas

- **Diez Roux AV.** *En defensa de una epidemiología con números.* [Editorial]. Salud Colectiva. 2007; 3(2):117-119.
- **Almeida-Filho N.** *Por una epidemiología con (más que) números: cómo superar la falsa oposición cuantitativo-cualitativo.* [Editorial]. Salud Colectiva. 2007; 3(3):229-233.
- **Minayo MCS.** *Interdisciplinarietà y pensamiento complejo en el área de la salud.* [Editorial]. Salud Colectiva. 2008; 4(1):5-8.
- **Belmartino S.** *Contribuciones al debate metodológico en salud.* [Editorial]. Salud Colectiva. 2008; 4(2):125-131.
- **Quintanilla-Montoya AL.** *La producción de conocimiento en América Latina.* [Editorial]. Salud Colectiva. 2008; 4(3):253-260.
- **Castiel LD, Sanz-Valero J.** *Política científica: manejar la precariedad de los excesos y desnaturalizar la ideología "publicacionista" todopoderosa.* [Editorial]. Salud Colectiva. 2009; 5(1):5-11.
- **Silva Ayçaguer LC.** *Sobre la comunicación científico-sanitaria en la sociedad del conocimiento.* [Editorial]. Salud Colectiva. 2009; 5(2): 149-154.
- **Packer AL.** *El SciELO para nuestras revistas científicas.* [Editorial en línea]. Interciencia. 2002; 27(6):274 [fecha de acceso 6 de octubre de 2009]. URL disponible en: http://www.interciencia.org/v27_06/editorial.pdf
- **Ferreiro E.** *Pasado y presente de los verbos leer y escribir.* Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2001.

FORMA DE CITAR

- **Spinelli H.** *A cinco años de nuestro primer número.* [Editorial]. Salud Colectiva. 2009; 5(3):301-303.