



Curso Anual de Auditoría Médica 2015

Trabajo Final

Tema: Directivas Anticipadas y el Rol del Auditor Médico

Noviembre 2015



Integrantes:

Dra. Biloni Carina A.

Dra. Chiaravalloti Natacha G.

Índice

	Página
Carta de los Derechos de la Persona en Situación Terminal.....	3
Introducción.....	4
 <u>Capítulo I: Conceptos básicos</u>	
La Ciencia, la Medicina y el Derecho.....	6
Definición de Auditoría Médica.....	6
Funciones del Médico Auditor.....	8
Responsabilidad Médica.....	8
 <u>Capítulo II: Directivas anticipadas y responsabilidad médica</u>	
Problemática actual.....	13
Jurisprudencia en relación con la noción de muerte digna.....	14
Eutanasia <i>versus</i> adecuación del esfuerzo terapéutico.....	15
Las directivas anticipadas: conceptualización.....	17
Las directivas anticipadas en el nuevo Código Civil y Comercial de la Nación.....	19
Directivas Anticipadas en cuanto a hidratación y alimentación artificiales.....	20
El Auditor Médico ante pacientes que dejan Directivas Anticipadas.....	22
Conclusiones.....	23
Anexo I - Modelo de formulario de Directivas Anticipadas.....	25
Bibliografía.....	27

Carta de los Derechos de la Persona en Situación Terminal

1. Ser tratado como persona humana hasta el fin de mi vida.
2. Recibir una atención personalizada.
3. Participar en las decisiones que afecten a los cuidados que se me han de aplicar.
4. Que se me apliquen los medios necesarios para combatir el dolor.
5. Recibir respuesta adecuada y honesta a mis preguntas, dándome toda la información que pueda asumir e integrar.
6. Mantener mi jerarquía de valores y no ser discriminado por el hecho de que mis decisiones puedan ser distintas a las de quienes me atienden.
7. Mantener y expresar mi fe.
8. Ser tratado por profesionales competentes, capacitados para la comunicación y que puedan ayudarme a enfrentarme con mi muerte.
9. Recibir el consuelo de mi familia y de los amigos que desee que me acompañen a lo largo del proceso de mi enfermedad y en el momento de mi muerte.
10. Y finalmente, morir en paz y con dignidad...

*Elaboración propia sobre la base de
Pastoral de la Salud - Acompañamiento humano y sacramental.
Editorial Centro de Pastoral Litúrgica.*

Introducción

El presente trabajo está destinado a abordar conceptos en relación con las prácticas médicas, y clarificarlos a la luz de las nuevas disposiciones normativas como por ejemplo las introducidas al Código Civil Argentino, específicamente dentro de la temática de directivas anticipadas.

En nuestro país, la protección de la salud fue consagrada en la Constitución Nacional reformada en 1994 y en los Tratados Internacionales que a ella se incorporaron con igual jerarquía. Tal protección se volvió a tener en cuenta en el Proyecto de Reforma del Código Civil y Comercial, así como también las normas sanitarias específicas existentes. Dentro de estas últimas cabe mencionar la Ley 26.529, llamada “Ley de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud” que puso su atención principalmente sobre el consentimiento informado y el concepto de directivas anticipadas ya en su artículo 11. También vale la pena destacar la Ley 26742 del año 2012, llamada de “Ley de Muerte Digna”, que amplió los conceptos de autodeterminación ante enfermedades incurables o estado terminal.

En lo referente a normativas, Argentina avanzó en los cambios de legislación en respuesta al cambio paradigmático social y jurídico. Se observa que en la actualidad prima el principio ético de autonomía por sobre el de beneficencia dentro de la salud; esto le permite a los pacientes requerir o desistir de determinadas prácticas médicas. Hoy por hoy no es poco frecuente encontrarse con pacientes que, en pleno uso de sus facultades mentales, deciden qué conducta les gustaría que se tomara en caso de sufrir una determinada patología o afección. Por ejemplo, algunos pacientes prefieren no ser reanimados en caso de sufrir un paro cardiorrespiratorio. Asimismo, es popular la negativa de los Testigos de Jehová a realizarse transfusiones de sangre o trasplantes de órganos, en virtud de sus principios religiosos. Dada la controversia que existe ante estas situaciones, la *muerte digna* fue y será un tema importante para el Derecho, que se ha ocupado del mismo en un intento por evitar o minimizar los conflictos que derivan de su implementación.

Cuando se presenta un caso de estas características, los médicos generalmente no saben cómo actuar, dudan e incluso a veces tratan de disuadir al

paciente en favor de lo que ellos consideran lo más adecuado o conveniente. Esto lleva a demoras en la resolución del problema, e incluso al requerimiento de la participación de la justicia para que determine lo que se debe hacer. Consideramos que es importante que el médico en el desarrollo de sus tareas sepa cómo enmarcar su actividad profesional dentro de los límites del contexto legal normativo vigente, tanto en la práctica común y corriente como en situaciones extraordinarias o fuera de lo común, sin necesidad de que esto se resuelva fuera del ámbito sanitario. Por otra parte, dado que muchas veces el accionar del médico tiene repercusión social, es necesario que éste conozca en forma clara y precisa los fundamentos legales de su actividad, con un abordaje práctico de los mismos, sin importar la especialidad que desarrolle.

Finalmente, no debemos olvidar al auditor médico, quien también deberá tener conocimiento del marco legal en circunstancias excepcionales como lo son aquellas que se dan al final de la vida o en situaciones especiales, donde el paciente haciendo uso de su autonomía, desiste de ciertas prácticas médicas, teniendo esto consecuencias que podrían acarrear litigios ante la justicia. Si bien lo usual en los finales de la vida es incrementar las prácticas médicas a fin de prolongar la misma a como dé lugar, haciendo uso de todos los medios científicos disponibles, desde hace un tiempo se generó el concepto de la “humanización de la muerte”, que se relaciona con impedir el encarnizamiento terapéutico, temas que serán tratados más profundamente en el desarrollo de esta monografía.

El objetivo de este trabajo es definir cómo debe manejarse el médico ante el caso de asistir un paciente que ha dejado directivas anticipadas. Para ello, deberemos ahondar en diversos temas dentro de la doctrina bioética, médico asistencial, legal y médico legal.

Capítulo I: Conceptos Básicos

La Ciencia, la Medicina y el Derecho

El autor Jorge Serrano define la Ciencia citando al filósofo alemán Kant como "toda doctrina que se construye en un sistema de conocimientos ordenados, según sus principios" (Serrano, J. Introducción a la Filosofía de la Ciencia. Editorial Progreso). Desde el punto de vista filosófico, toda ciencia debe tener un objeto de conocimiento, sus ideas deben estar vinculadas en un sistema orgánico y sus postulados deben ser universales.

En general pueden ser:

- Ciencias del ser: Por ejemplo Medicina, o
- Ciencias del deber ser. Por ejemplo Derecho.

Patitó define la Medicina basado en la definición del Dr. Bonnet como "el conjunto de conocimientos con postulados universales integrados en un sistema orgánico destinados a prevenir las enfermedades y a la recuperación de la salud de las personas" (Patitó, J. Medicina Legal. Ediciones Centro Norte). Sin desconocer su raíz y orígenes en la Biología, la Medicina se vincula con las Ciencias del Deber Ser ingresando por ello en el campo Social ya que el hombre es un ser biopsicosocial.

El Derecho, es un sistema o conjunto de principios, preceptos y reglas a las que están sometidos los relaciones humanas en toda sociedad civil, derivando las normas legales del poder social para así poder organizar la comunidad en orden al bien común.

Definición de Auditoría Médica

La palabra auditoría deriva del latín audire: oír. Se relaciona con examinar la gestión económica de una entidad a fin de comprobar si se ajusta a lo establecido por ley o costumbre. A su vez, la palabra gestión también deriva del latín gestio, -ōnis, y puede definirse como acción y efecto de administrar.

La Auditoría Médica es el control de la gestión de los recursos en salud a fin de lograr la eficiencia en la prevención y tratamiento de la enfermedad. En segunda instancia busca alcanzar la satisfacción del paciente y su entidad de cobertura. Su

aplicación se basa en la evidencia médica disponible, la legislación vigente y los contratos pactados.

Es decir que la auditoría médica intenta alcanzar tres objetivos:

- La eficacia: resultado en salud sobre el paciente;
- La eficiencia: con una ecuación costo beneficio acorde; y
- La efectividad: logrando la satisfacción del cliente, empresa y afiliado o

beneficiario.

La Auditoría Médica tiene distintos aspectos:

- 1- Aspectos educativos: consisten en el aprendizaje a través de la promoción de la formación para lograr el perfeccionamiento continuo;
- 2- Aspectos Técnico-Evaluativos: control de la calidad con un sistema de puntuación y supervisión de actos y conductas;
- 3- Aspectos de investigación: evaluación de la Responsabilidad Médica ante la detección de problemas o deficiencias, así como el grado de cumplimiento de las normas;
- 4- Aspectos Normativos: destacando la importancia de la Historia Clínica y del consentimiento informado, incluyendo guías clínicas, normas, protocolos y manuales de procedimiento, que facilitan y objetivan el grado de cumplimiento y sujeción a éstas;
- 5- Aspectos Médico-Legales: a fin de asegurar que se cumplan las normas legales y las disposiciones sanitarias vigentes:
 - a. Prevención de la mala praxis y el error del personal de salud;
 - b. Recomendaciones para el manejo de conflictos;
 - c. Tratamientos de conflictos y eventos potencialmente indemnizables; y
 - d. Actuación en estrecha colaboración con la asesoría legal de la institución.
- 6- Aspectos Éticos: destacando los derechos del paciente, permitiendo la formación continua de acuerdo a las normas éticas y morales.
- 7- Aspectos financieros y de mercado: elaboración de indicadores que permitirán analizar la calidad, la relación costo-beneficio de la prestación y la eficiencia, Aún de mayor relevancia es hacer en la gestión sanitaria un

uso juicioso de todos los medios y de la información generada, la cual al ser analizada, medida y evaluada, permite conocer la situación real y actualizada en que desarrollan los procesos, procedimientos y acciones en las distintas Unidades y servicios de un Hospital o clínica, para poder introducir las modificaciones que permitan corregirlas y mejorar la calidad y seguridad de los servicios.

Funciones del Médico Auditor

Generalmente los médicos que realizan la tarea de auditoría, cumplen las siguientes funciones:

1. Supervisión del cumplimiento de los contratos,
2. Control de las prestaciones,
3. Análisis de los procesos,
4. Evaluación de la calidad,
5. Generación y registro de información,
6. Elaboración de normas,
7. Coordinación de tareas específicas,
8. Elaboración de informes y dictámenes.

Estas funciones son generales a todos los auditores, más allá dichas tareas se realizan dentro del prestador o el financiador. Además de labores administrativas, el médico auditor es requerido a opinar muchas veces como profesional médico en temas inherentes a su arte, y en este sentido no interviene en proceso pero forma parte de la gestión en salud.

Responsabilidad Médica

Para continuar ahondando en el tema que motiva nuestro trabajo, es importante explorar el concepto de responsabilidad médica, así como aquellos que se desprenden de su análisis.

En los últimos años se vio un incremento en el número de juicios a médicos, el cual desde 1980 creció en forma exponencial. En la actualidad se estima que se originan aproximadamente 1.500 demandas por año en todo el país, incluyendo todas las especialidades médicas.

Al analizar las posibles causas del incremento en el número de juicios a médicos, podemos mencionar las siguientes:

- 1) *Deterioro de la relación Médico-Paciente-Familiar*
- 2) *Difusión de conceptos médicos por internet*
- 3) *Cambio de paradigmas éticos y jurídicos*: actualmente prevalece el principio de autonomía por sobre el de beneficencia, ya no se concibe la actitud paternalista del médico sino que el profesional debe permitir que el paciente elija lo que cree más conveniente para sí.
- 4) *Pocos conocimientos sobre medicina legal*
- 5) *Beneficio de litigar sin gastos*
- 6) *Condiciones inadecuadas de trabajo médico*

Por otra parte, para adentrarnos en el tema de la responsabilidad médica debemos diferenciar ciertos términos que a veces se utilizan como sinónimos o incorrectamente:

- a) *Mala praxis*: se origina cuando el médico no cumple con la *lex artis*: (conjunto de conocimientos, criterios y normas prescriptos por la ciencia médica actualizada, que permite deducir un estándar de actuación).
- b) *Iatrogenia*: el médico provoca un daño mediante el ejercicio profesional correcto y no culposo, consecuencia de un hecho imprevisible e inevitable con los conocimientos actuales, o que el profesional decide producir para evitar un mal mayor.
- c) *Caso fortuito*: aquello que ocurre de forma impensada e imprevisible, por azar. Entran en este caso, por ejemplo, las reacciones idiosincráticas a medicamentos.
- d) *Pseudo mala praxis – falta de culpa*: el paciente considera, erróneamente, que el profesional le generó un daño. Esto suele suceder cuando el paciente espera resultados imposibles, por ejemplo cuando no se le explica bien la gravedad del caso, se da que los pacientes pueden creer que la mala evolución fue culpa del médico.
- e) *Error excusable*: se da en casos dudosos, donde existe una razón lógica y admisible para errar. Existen diversas opiniones científicamente fundadas y el médico va por una de ellas.

- f) *Estado de necesidad*: Dice el artículo 34 del Código Penal en su inciso 3º: “El que causare un mal por evitar otro mal mayor inminente al que ha sido extraño”. Por ejemplo, en una emergencia un médico le efectúa una cricotiroideotomía a un paciente que se asfixia, y éste salva su vida pero luego se infecta; en este caso el médico no podrá ser culpable por no prevenir la infección.
- g) *Culpa de un tercero por el que no debe responder*: por ejemplo, si el médico extiende correctamente una receta pero el farmacéutico entrega otro fármaco, o si un cirujano solicita una biopsia cuyo informe contiene un resultado incorrecto y por lo tanto no efectúa el tratamiento indicado para la patología real (ya que la desconoce), no podrá considerarse mala praxis.

Básicamente, *Responsabilidad* se define como: la obligación de las personas imputables de dar cuenta ante la justicia por los actos jurídicamente reprochables realizados por sí mismo, por terceros por quien debe responder o por alguna cosa que le pertenece, cuando se ocasionó un daño injusto, sufriendo las consecuencias legales de dichos actos (obligación de indemnizar o sufrir una pena). Es decir, es la obligación que tiene un sujeto de responder ante la justicia por las consecuencias de sus actos.

Para que una persona sea considerada imputable debe contar con:

- Discernimiento: madurez intelectual necesaria para razonar, comprender y valorar el acto y sus consecuencias;
- Intención: decisión para comprender y realizar un acto concreto y determinado; y
- Libertad: posibilidad de elegir o rechazar una alternativa entre varias opciones.

La responsabilidad profesional es el tipo de responsabilidad que le cabe a todo aquel que ha cometido un daño en el ejercicio de su profesión.

Requisitos:

- 1) Hecho antijurídico: acto voluntario contrario a la *lex artis*,
- 2) Factor de atribución: determinar un responsable,
- 3) Relación causal: lineal y directa, sin otras circunstancias ajenas, y

4) Daño.

En líneas generales, la mala praxis médica se considera un delito culposo, es decir, se ha cometido un daño pero sin intención de dañar. Recae en los artículos 84 (homicidio culposo) y 94 (lesiones culposas) del Código Penal.

Faltas médicas que originan mala praxis:

- ✓ *Negligencia*: no brindar los cuidados necesarios, no tomar precauciones para evitar un riesgo de una medida indicada pero peligrosa: hacer de menos. (ej. No controlar correctamente a un paciente con riesgo suicida, no tener en cuenta comorbilidades al indicar medicación, no internar existiendo riesgos, no medicar cuando es necesario, no realizar estudios complementarios).
- ✓ *Imprudencia*: arriesgarse más de lo necesario, a pesar de haber previsto los riesgos, que se minimizan o se sobredimensiona la capacidad para evitarlos: hacer de más. Es incurrir en una conducta fuera de lo habitual, que el médico no está obligado a realizar. (ej. indicar dosis supraterapéuticas, no derivar o no indicar medicación cuando es preciso, realizar TEC fuera de quirófano, emplear un tratamiento de resultados no probados).
- ✓ *Impericia*: falta de conocimientos (ej. indicar un antibiótico incorrecto, desconocer la dosis de un fármaco, desconocer el tratamiento para una patología, desconocer contraindicaciones farmacológicas).
- ✓ *Inobservancia de los reglamentos y deberes a su cargo*: no cumplir con sus obligaciones. Incluye el control del personal a cargo (ej. no controlar el cumplimiento de tareas asignadas al personal, no confeccionar la historia clínica, no solicitar consentimiento informado, abandono de guardia en ausencia de un relevo, actuar sin consentimiento del paciente).

A su vez debemos tener en cuenta dentro del tema desarrollado la definición de Consentimiento Informado: Es la manifestación voluntaria, racional y libre realizada por un paciente competente, de aceptación de un acto médico que le ha sido indicado como el más aconsejable, luego de haber sido informado de forma

adecuada y completa sobre los alcances, riesgos, beneficios, complicaciones y alternativas posibles del mismo.

En otras palabras, podría decirse que el consentimiento informado es el arte de combinar los principios de beneficencia y autonomía mediante una negociación entre el médico y el paciente. Es una obligación del médico y un derecho del paciente, ya que trata de restablecer el equilibrio jurídico en la relación profesional-paciente mediante una información completa, adecuada y eficiente. La ausencia de consentimiento informado va a generar responsabilidad si deriva en un daño al haber aceptado o rechazado un tratamiento no informado.

Los requisitos para que un paciente firme un consentimiento informado son:

- a) Información: debe ser clara, suficiente, comprensible para el paciente, sobre su estado de salud, estudios complementarios y tratamientos a efectuar, riesgos, beneficios, posibles complicaciones, etc.
- b) Voluntad: debe ser brindado por el paciente en forma voluntaria, libre de engaños, amenazas o coerciones (en una persona con discernimiento, intención y libertad).
- c) Competencia: aptitud para ejercer el derecho a la autonomía en un momento dado, en relación con el acto médico indicado. El profesional debe evaluar si se encuentra en condiciones de dar o negar su consentimiento. La incompetencia para consentir es un estado clínico psiquiátrico que debe ser determinado por un médico.

Las directivas anticipadas, desde otra lectura, pueden considerarse expresiones propias de un consentimiento informado en un sentido amplio; por ello, abordaremos de manera particular su estudio y conceptualización.

Capítulo II: Directivas Anticipadas y Responsabilidad Médica

Problemática actual

Como hemos mencionado ut supra, actualmente nos encontramos ante un *cambio de paradigmas éticos y jurídicos*, donde prevalece el principio de autonomía por sobre el de beneficencia. En principio queremos mencionar los cuatro principios de la Bioética definidos por Beauchamp y Childress (Beauchamp T, Childress J. *Principles of Biomedical Ethics - 2° edition. Oxford University Press*):

- 1) Principio de beneficencia: actuar en favor del beneficio del paciente.
- 2) Principio de no maleficencia: “*Primum non nocere*”, primero no dañar.
- 3) Principio de autonomía: se refiere al paciente, el cual es capaz de tomar decisiones sobre su persona, por lo tanto sobre su tratamiento. Siempre que se hace referencia a la autonomía de los pacientes se trata de los que son capaces, es decir, aquellos que están en pleno uso de sus facultades mentales.
- 4) Principio de Justicia: se relaciona con la concepción de la Salud como un derecho humano fundamental que debe ser garantizado por la sociedad o por el Estado, siguiendo la norma moral de dar a cada quien lo que necesita. Esto hace que la justicia deba entenderse como equidad, lo cual implica la utilización racional de los recursos y su distribución de acuerdo con las necesidades de cada paciente individualmente y de la comunidad en conjunto, y también en los términos de eficiencia y eficacia.

Los mencionados principios interactúan en forma conjunta, dinámica y con igual jerarquía.

En relación a las directivas anticipadas y los paradigmas jurídicos que la inspiran; según describe la autora Lily Flah en su artículo “Directivas Anticipadas en el Nuevo Código Civil y Comercial de la Nación: “...se tutela específicamente a la persona humana como tal, recogiendo legislativamente los nuevos paradigmas jurídicos de respeto a la persona, reconociendo su inviolabilidad y su dignidad, sin descuidar los paradigmas de solidaridad y responsabilidad social” (Sitio web Nuevo Código Civil y Comercial, ver bibliografía).

Bajo la perspectiva actual, en la que se pondera el principio de Autonomía por sobre el de Beneficencia, se considera que el médico, poseedor de los conocimientos técnicos, debe transmitirlos al paciente de manera clara y al alcance de su entender, para que éste pueda reflexionar y decidir lo que cree más conveniente para sí.

Como hemos visto en el capítulo anterior, uno de los elementos de la responsabilidad médica es el consentimiento informado; es decir que la voluntad del paciente debe ser tomada en cuenta siempre que éste comprenda los riesgos a los que se expone al decidir a favor o en contra de la recomendación médica, con su propia justificación que, siendo lógica y coherente en un paciente con sus facultades mentales conservadas, no debe ser cuestionada. En este sentido, existieron varios casos controvertidos que llevaron a la aparición de jurisprudencia en relación con la decisión de no tratar y con el concepto de muerte digna. Estos fallos en conjunto dejaron expuesto el vacío legal existente en relación con estos temas, y llevaron a la sanción de normativa al respecto: la Ley de Derechos del Paciente (Ley 26.529/09), que fue modificada en el año 2012 mediante la llamada “Ley de Muerte Digna” (Ley 26.742/12).

Jurisprudencia en relación con la noción de muerte digna

En los últimos años ha habido fallos judiciales que reivindicaron el derecho de los pacientes a decidir sobre sí mismos. Uno de los más conocidos es el caso Albarracini. Se trataba de un hombre que, estando internado en un centro asistencial y en estado de inconsciencia, requería una transfusión de sangre. Su esposa manifestó que el mismo era testigo de Jehová y que se negaba a recibir transfusiones. Por otra parte, el padre del paciente se presentó ante la justicia solicitando se le realizara el procedimiento sin importar su condición de testigo de Jehová. En este caso, existía un documento firmado ante escribano público con fecha del año 2008 donde el Sr. Albarracini había manifestado su postura en cuanto a este tema. Por ello, la Corte Suprema de Justicia de la Nación tuvo en cuenta su voluntad, considerando que dicha decisión no producía un impacto sobre terceros, y que no había indicios que hicieran suponer que su decisión hubiera cambiado desde el momento que firmó el escrito, y se hizo lugar al pedido de no transfundirlo.

De manera similar, hubo dos casos de gran relevancia vinculados a la actualización de la legislación al respecto. El primero es el de una joven que presentaba una patología incurable, que además le ocasionaba un gran sufrimiento, quien pidió que la "durmieran para siempre". En el segundo caso se trató de una niña que se encontraba en estado vegetativo persistente desde su nacimiento, calificado como irreversible por tres Comités de Bioética, cuyos padres pidieron que "la dejaran ir". Ambos casos tuvieron gran repercusión mediática, e impulsaron la sanción de la llamada "Ley de Muerte digna". Esta ley facilitó la resolución de varios conflictos habituales en la atención médica y permitió prevenir un número de litigios judiciales en torno a ella.

Se desprende del análisis de estos casos la controversia generada en relación al concepto de muerte digna y su confusión con prácticas eutanásicas, quedando de lado la dignidad en los finales de la vida, y la necesidad de la aceptación de la muerte como parte de la misma, llevando la resolución del conflicto generado al ámbito judicial, y al debate público.

A raíz de los casos planteados surgió la necesidad de "humanizar" la muerte, y dejar de lado prácticas que actualmente se consideran parte del encarnizamiento terapéutico o pseudoterapéutico, siendo esto la negación de la muerte con la imposición de medidas desproporcionadas que prolongan la vida de forma artificial y penosa. Teniendo en cuenta esto, existen recomendaciones internacionales y de la Organización Mundial de la Salud, que revelan la importancia de brindar un servicio de Atención Paliativa, que además del tradicional abordaje de los Cuidados Paliativos, se ocupa de mejorar la gestión sanitaria global y permite un uso racional de los recursos disponibles con una distribución más equitativa de los mismos.

Eutanasia *versus* adecuación del esfuerzo terapéutico

La palabra *eutanasia* proviene del latín: *euthanasia*, que a su vez deriva del griego: *εὐθανασία* (*euthanasía*), y *podría traducirse como "muerte dulce"*. El diccionario de la Real Academia Española define eutanasia como la "intervención deliberada para poner fin a la vida de un paciente sin perspectiva de cura", y en su acepción médica la describe como "muerte sin sufrimiento físico" (Sitio web Real Academia Española).

Estrictamente en el ámbito médico asistencial y médico legal, debería definirse como el supuesto de provocar la muerte de un paciente portador de una enfermedad mortal o incurable, a su pedido y en su propio beneficio, por medio de la administración de un tóxico en dosis mortal. Debe quedar claro que la eutanasia constituye un delito penal en nuestro ordenamiento jurídico, el cual considera inexistentes las directivas anticipadas que impliquen desarrollar prácticas “eutanásicas”.

La última definición citada permite disipar las dudas sobre los alcances de la definición de eutanasia, obviando algunas prácticas incorrectamente llamadas “pasivas” relacionadas con la abstención o la retirada del soporte vital. Asimismo y a pesar de ello, algunos sectores conservadores de la sociedad, prefieren definir la eutanasia como una acción o una omisión que por su naturaleza o en intención causa la muerte, con el fin de eliminar cualquier dolor. Este punto de vista cobra importancia por ejemplo, en los casos que solicitan discontinuar los cuidados más básicos que requiere cualquier forma de vida para subsistir, sin importar su estado de salud: la alimentación y la hidratación de los pacientes. Teniendo en cuenta este punto de vista la interrupción del aporte de hidratación o nutrientes constituiría una forma de eutanasia, ya que esta acción estaría destinada a provocar la muerte del sujeto. es decir que estos sectores no lo consideran como un supuesto de renuncia al encarnizamiento terapéutico, sino como una omisión que provoca la muerte, afectando en forma directa el derecho a la vida; de allí que afirman que es una forma de eutanasia.

La *eutanasia* en esos términos se encuentra claramente vedada en Argentina. De hecho, Colombia es el único país de Latinoamérica, que legalizó el procedimiento, reglamentándolo en el año 2014. Existen otros países como Bélgica que también tiene reglamentada la eutanasia, luego de un análisis exhaustivo de cada caso. Por otra parte, existe lo que se llama “adecuación del esfuerzo terapéutico”, que tiene que ver con adaptar las indicaciones y los procedimientos médicos a las verdaderas necesidades de cada paciente. En la práctica, la *adecuación del esfuerzo terapéutico* se considera actualmente un estándar de calidad en los servicios de terapia intensiva, y consiste en el uso racional y equitativo de los recursos. Por otra parte, esta adecuación concuerda con el eje de

pensamiento actual que insiste en replantearse las metas de la medicina, que deberían centrarse en el alivio del sufrimiento y el dolor causados por la enfermedad, la atención y curación de los enfermos (siempre que sea posible lograr la curación), el cuidado de los pacientes incurables, la evitación de la muerte prematura y la procuración de una muerte tranquila y en paz.

Las directivas anticipadas: conceptualización

Históricamente, las directivas anticipadas surgieron en Estados Unidos en la década de los 60. Allí aparecieron los denominados *living will*, o testamentos vitales. Se trataba de documentos a través de los cuales las personas podían manifestar su voluntad en sentido negativo en relación con la aplicación de determinado tratamiento, solo en caso de enfermedad terminal. La creación de los testamentos vitales se le atribuye al abogado Luis Kutner de la ciudad norteamericana de Chicago, quien ya en el año 1969 publica un modelo de documento para expresar voluntades relativas a tratamientos médicos en caso de enfermedades terminales.

El testamento vital (*living will*) también fue denominado “documento de voluntades anticipadas” o “documento de instrucciones previas”. Siempre hablando de este tipo de instrumento, en el presente trabajo utilizaremos el término con que lo menciona el Código Civil: “Directivas Anticipadas”. En el contexto médico legal actual, las directivas anticipadas consisten en la manifestación de la voluntad de una persona que rechaza la implementación de métodos que considera extraordinarios y desproporcionados para prolongar artificialmente su propia vida. Pueden considerarse expresiones propias de un consentimiento informado, dado que suponen decisiones por las que se aceptan o se rechazan determinados tratamientos médicos con antelación, en base a un conocimiento previo que el paciente tiene sobre los mismos.

Prosiguiendo la conceptualización, volvemos a citar a la autora Lily Flah que en su trabajo expresa: “Directivas anticipadas es un término general amplio, que se aplica tanto a los testamentos vitales como a las designaciones de un representante para el cuidado de la salud. El testamento vital se extiende de muchas formas diferentes e intenta especificar con anticipación qué clase de tratamiento una persona desea y cuál no para el caso de que pierda su capacidad para comprender

las opciones y tomar decisiones libres” (Sitio web Nuevo Código Civil y Comercial, ver bibliografía).

La mayoría de las legislaciones modernas del mundo contempla las directivas médicas anticipadas. En nuestro país, hubo una evolución de la legislación, en principio con la sanción de normativas provinciales y luego con la sanción de la Ley de Derechos del Paciente. (Ley 26.529/09), la cual fue modificada en el año 2012 mediante la llamada “Ley de Muerte Digna” (Ley 26.742/12).

La ley permite al paciente “aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin justificación de la decisión, como así también les da la posibilidad de revocar posteriormente su manifestación de voluntad”. Es decir que el paciente puede rechazar cualquier tipo de accionar terapéutico o de sostén, comprendiendo un amplio abanico de posibilidades que van desde los más complejos procedimientos quirúrgicos hasta los mínimos soportes vitales (incluyéndose la alimentación o hidratación artificiales), siempre y cuando su único objetivo sea la prolongación de la agonía. La Ley insta a respetar la negativa, salvo en aquellos casos cuyas directivas impliquen supuestas prácticas eutanásicas.

En la reforma introducida por la ley 26.742/12 se aclara que “La declaración de voluntad deberá formalizarse por escrito ante escribano público o juzgados de primera instancia, para lo cual se requerirá de la presencia de dos testigos. Dicha declaración podrá ser revocada en todo momento por quien la manifestó”. Esta disposición pauta las vías formales para que la declaración de la voluntad del paciente pueda ser tenida en cuenta. No obstante, en aquellos casos en los que no se pueda cumplir con las formalidades, las directivas anticipadas también pueden manifestarse por otros medios, en cuanto sean respetuosos de los deseos del enfermo. De hecho, el Código Unificado no menciona los términos formales que describía la Ley 26.742/12, en principio a fin de facilitar el acceso a la ejecución de los derechos de los pacientes en todos los casos, y evitar que ciertas dificultades técnicas o económicas lo impidan.

Las directivas anticipadas en el nuevo Código Civil y Comercial de la Nación

El Código Unificado contiene una disposición específica referida al concepto de directivas anticipadas:

“Directivas médicas anticipadas. La persona plenamente capaz puede anticipar directivas y conferir mandato respecto de su salud y en previsión de su propia incapacidad. Puede también designar a la persona o personas que han de expresar el consentimiento para los actos médicos y para ejercer su curatela. Las directivas que impliquen desarrollar prácticas eutanásicas se tienen por no escritas. Esta declaración de voluntad puede ser libremente revocada en todo momento.”

(art. 60 C.C., Ley 26.994).

Mediante este artículo el Código Unificado prioriza la voluntad del paciente, con la “plena capacidad” para decidir, es decir que exige ser mayor de edad e indemnidad de las facultades mentales, siendo esto similar a lo establecido por la Ley de Derechos del Paciente.

Por otra parte, el nuevo Código Unificado permite al paciente “...conferir mandato respecto de su salud y en previsión de su propia incapacidad...” mediante un interlocutor. Aparece aquí la figura del mandato sanitario, dada por un tercero que prestará su consentimiento informado en representación del paciente, pudiendo o no aceptar el mandato conferido. Este representante para el cuidado de la salud (“*health care proxy*”), siendo una persona de confianza del paciente, será quien mejor conozca su escala de valores, y por ello quien mejor exprese la voluntad del otorgante cuando éste no estuviere en condiciones de manifestarla. La posibilidad de contar con un representante no sólo abarca las situaciones en los finales de la vida, sino que también prevee su curatela en caso de incapacidad.

En tercer lugar, desaparece del nuevo Código Unificado la exigencia de instrumentar las directivas anticipadas ante escribano público o juzgados de primera instancia en presencia de dos testigos, probablemente a fin de que dichos procesos

no impliquen un costo simbólico y/o económico que pueda afectar la voluntad del paciente al requerir la acción de profesionales del derecho.

Asimismo, el Código Unificado vuelve a destacar que las prácticas eutanásicas no están avaladas, en consonancia con las leyes que lo precedieron.

Finalmente, tanto en las leyes previas como en el nuevo Código Civil se establece expresamente que “Esta declaración de voluntad puede ser libremente revocada en todo momento.” Es decir que el paciente tiene la potestad de decidir hasta el último segundo de su vida, y puede revocar en el momento que quiera las directivas que ha ordenado, teniendo los profesionales de la salud que adaptarse a lo que el enfermo decida en el momento de llevar a cabo la conducta de tratar o de no tratar. Esto permite que los pacientes tengan la tranquilidad de que la manifestación de su voluntad no implica una condena ni una decisión irrevocable e irreversible, y que se respetará su voluntad hasta el último momento.

Directivas Anticipadas en cuanto a hidratación y alimentación artificiales

La ley es clara en cuanto al contenido de las directivas anticipadas pero todavía se cuestiona la aceptación o negación de la posibilidad rechazar la hidratación y alimentación artificiales, dado que ciertas legislaciones provinciales y ciertos sectores de la sociedad se oponen a su efectiva implementación.

Analizando las razones por las que algunos grupos se oponen al rechazo del soporte vital, entendemos que en lo que respecta a la relación de causalidad, el retiro de la hidratación y la alimentación artificiales en aquellos casos en los que no existe tratamiento posible no implica “hacer morir”, sino “permitir morir”, dejar de prolongar una agonía que no llevará a nada.

Desde la perspectiva del derecho, es preciso diferenciar entre los términos “proporcionado/desproporcionado”, y “ordinario/extraordinario”. En el primer caso, se requiere una evaluación objetiva desde el punto de vista médico, tomando en cuenta aspectos tales como la disponibilidad concreta o la posibilidad plausible de brindar un tratamiento adecuado, la actual disponibilidad técnica para aplicarlo, las expectativas de eficacia médica real, los posibles efectos colaterales, los previsible riesgos para la salud y/o vida del paciente relacionados con dicha terapéutica, entre otros. De allí se desprende que un medio es proporcionado en la medida que se

pueda demostrar fácticamente su capacidad de alcanzar la finalidad que le atañe, sin causar daños o riesgos excesivos para la salud del paciente. En el segundo caso, la ponderación de lo ordinario o extraordinario es de naturaleza subjetiva, y es efectuada por el propio paciente. El rasgo central para esta categoría en relación con el empleo del medio estaría dado por una determinada imposibilidad física o moral que constituiría un agravio excesivo para ese paciente.

De lo expuesto se desprende que ante la necesidad del empleo de medios de soporte vital, su administración será obligatoria siempre que los mismos sean a la vez proporcionados y ordinarios; será facultativa cuando se trate de medios proporcionados pero extraordinarios; y será moralmente ilícita en el caso de medios desproporcionados, sin importar que sean ordinarios o extraordinarios. Cabe destacar que los procedimientos para la hidratación y la alimentación artificiales son complejos e invasivos, y que tienen indicaciones y contraindicaciones, por lo cual ante la necesidad de su implementación se debe evaluar adecuadamente el objetivo perseguido.

Es posible que los grupos que se oponen a estas directivas estén influenciados por ideas erróneas acerca del pensamiento y doctrina de la Iglesia Católica. No obstante, desde el Vaticano han expresado que no existe una regla general, sino que las decisiones deben tomarse evaluando cada caso en particular. Ya el Papa Juan Pablo II había manifestado en un discurso que "El rechazo del ensañamiento terapéutico no es un rechazo del paciente y de su vida. En efecto, el objeto de la deliberación sobre la conveniencia de iniciar o continuar una práctica terapéutica no es el valor de la vida del paciente, sino el valor de la intervención médica en el paciente [...] La decisión de no emprender o interrumpir una terapia será éticamente correcta cuando ésta resulte ineficaz o claramente desproporcionada para sostener la vida o recuperar la salud. Por tanto, el rechazo del ensañamiento terapéutico es expresión del respeto que en todo momento se debe al paciente". Por otra parte, en el apartado 2278 del Catecismo de la Iglesia Católica se establece que "La interrupción de tratamientos médicos onerosos, peligrosos, extraordinarios o desproporcionados a los resultados puede ser legítima. Interrumpir estos tratamientos es rechazar el "encarnizamiento terapéutico". Con esto no se pretende provocar la muerte; se acepta no poder impedirlo...". En sentido

similar se han expresado referentes de otras religiones, como el judaísmo, la Iglesia Evangélica Metodista y el Islamismo.

Finalmente, pero no por ello menos importante, no hay que olvidar que los dos aspectos fundamentales acerca de la implementación de medidas de sostén son la evaluación clínica adecuada y los deseos que el paciente haya manifestado, tanto por medios formales como informales. Y que de persistir discrepancias en este sentido, es posible recurrir a los Comités de Bioética hospitalarios, que analizarán puntualmente cada caso.

El Auditor Médico ante pacientes que dejan Directivas Anticipadas

A partir de lo expuesto, se concluye que las directivas anticipadas son un derecho por el cual todos los pacientes pueden optar o no, y que los médicos no pueden negarse a cumplirlas.

Por ello, el auditor médico que se encuentra ante un caso de este tipo, ya sea en el ámbito público o privado, y deba tener injerencia por sus funciones, en primer lugar debe conocer la legislación que avala este derecho y las prácticas autorizadas y no autorizadas (eutanasia, suicidio asistido). En segundo lugar, debe mantener el contacto estrecho con las partes intervinientes, ya sea autoridades de la institución, comités de bioética, departamento de asesoría legal, médicos asistenciales y sobretodo los familiares del paciente, asegurándose su conformidad con las medidas a tomar y garantizando el buen cuidado del paciente en los finales de su vida. Todo esto facilitará que se cumplan las directivas anticipadas, sin interponer obstáculos burocráticos que demoren su efectivización, evitando la judicialización, los juicios de mala praxis, la discusión fuera del ámbito sanitario de las medidas adoptadas o no, finalmente respetando la dignidad y autonomía del paciente.

Conclusiones

La asistencia médica en los finales de la vida o en circunstancias médicas especiales es de difícil abordaje, implica varios actores y se desarrolla en ámbitos tanto públicos como privados. En una sociedad litigante, muchas veces con el ejercicio de una medicina defensiva, el manejo normativo debe ser claro para todas las partes, ya sean médicos o no. Uno de los objetivos del presente trabajo fue establecer un puente entre lo biológico y lo normativo en relación a este tema, destacando la función del auditor médico.

En un contexto de avance franco de la ciencia y de la tecnología aplicadas a la medicina, de ampliación del derecho a la salud en las normas fundamentales y luego de años de reflexión jurídica y bioética sobre la licitud de las prácticas asociadas al buen morir, persisten ciertas controversias referidas a los alcances de tales prácticas.

Desde el punto de vista judicial, se registró una evolución en la legislación vinculada con la muerte digna. En este trabajo abordamos siendo las últimas modificaciones que se realizaron en el Código Civil y Comercial de la Nación Argentina en cuanto a este tema.

El derecho que se pone en juego a través de las decisiones que involucran la muerte digna, es el de disponer del propio cuerpo, es un derecho a permitir morir en paz. No consiste ni en dejar, ni en hacer morir y para ello deben respetarse la distintas cosmovisiones sobre la noción de calidad de vida.

El desarrollo de los conceptos explorados nos permite concluir que ante la complejidad del tema del buen morir, se debe tener un conocimiento pleno de la normativa para una buena práctica que se acerque finalmente a la voluntad del paciente. En definitiva el desarrollo de la legislación al respecto pone foco en este cambio de paradigma donde el principio bioético de autonomía prima sobre el de beneficencia.

Las autoras de este trabajo pensamos que deben evitarse tanto la medicalización, como la judicialización de los procesos del morir y de la muerte; para que las decisiones en los finales de la vida sean solo consistentes con las creencias y los valores de los sujetos involucrados directamente, no agravando

innecesariamente su sufrimiento, ni el costo social, sin interferencias y con plena promoción de la autonomía y dignidad personal.

A partir de lo expuesto, se concluye que las directivas anticipadas son un derecho por el cual todos los pacientes pueden optar o no. El auditor médico, al igual que otros profesionales que asistan al enfermo, debe velar por que se respeten sus derechos y se cumpla su voluntad, facilitando en todo cuanto le sea posible la ejecución de las directivas anticipadas, para lograr finalmente la calidad en los servicios de salud y evitar los juicios de mala praxis médica o la judicialización de los casos.

Anexo I

Modelo de formulario de Directivas Anticipadas

Si bien el Código Unificado no menciona la necesidad de expresar formalmente las directivas anticipadas, no queda del todo claro cómo se puede probar en forma fehaciente que el paciente ha manifestado tal o cuál decisión. Por ello, incluso sin la exigencia legal, la presencia de una declaración escrita puede facilitar la toma de decisiones la implementación de los procedimientos. El siguiente es un modelo ejemplificativo del formulario de directivas anticipadas que los pacientes pueden confeccionar.

Lugar.....Fecha.....

Declaración de Disposiciones en Vida:

A mi familia, médicos y todos los que se ocupan de mi asistencia:

Yo DNI..... , conforme al Código Civil Unificado en su art. 60, siendo capaz y mayor de edad, extiendo esta declaración a modo de directiva en caso de no poder participar en las decisiones asistenciales referidas a mi persona.

Si sufriera una enfermedad física o mental incurable o irreversible sin expectativas razonables de recuperación, ordeno que el médico que me atienda se abstenga de iniciar o suspenda un tratamiento que sólo prolongue mi agonía. Además, ordeno que el tratamiento se limite a medidas para mantener el bienestar y aliviar el dolor.

Estas directivas expresan mi derecho legal a rechazar determinados tratamientos médicos, preventivos o paliativos, y decisiones relativas a mi salud. Las directivas deberán ser aceptadas por el médico a cargo y si obra de acuerdo con a las mismas no está sujeto a responsabilidad civil, penal, ni administrativa, porque así lo disponen el art. 11 de la Ley 26.529 y modificada por la Ley 26.742, y el Código Civil Unificado en su art. 60.

Por lo tanto espero que mi familia, médicos y todo el que esté comprometido en mi atención se consideren legal y moralmente obligados a actuar de acuerdo con mis deseos y que al hacerlo estén libres de responsabilidad legal, moral o religiosa.

En especial no deseo:

Reanimación cardíaca.

Ventilación mecánica.

Líquidos / alimentos artificiales por sonda.

Si deseo:

Recibir medicación analgésica.

Morir en mi hogar si es posible.

Además deseo:

Que mis restos sean.....

Que se respete mi voluntad afirmativa de ablación de mis órganos y tejidos después de mi muerte.

Si no pudiera transmitir mis instrucciones establecidas más arriba, designo a la siguiente persona para que actúe en mi nombre:

Si la persona designada es incapaz de actuar en mi nombre, autorizo a la siguiente persona a hacerlo:

Esta declaración de disposiciones en vida expresa mis preferencias personales en cuanto al tratamiento.

Firma, aclaración, DNI y fecha.

Bibliografía

Material impreso

1ra Cátedra Medicina Legal y Deontología Médica, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires, (2010). Medicina Legal y Deontología Médica. Buenos Aires, Argentina. Editorial Dos y Una.

Basile, A., (2004). Fundamentos De Medicina Legal, Deontología Y Bioética. Buenos Aires, Argentina. Editorial El Ateneo.

Beauchamp T, Childress J. (1983). Principles of Biomedical Ethics - 2° edition. Nueva York, EE.UU. Oxford University Press.

Cámara de Diputados y Senadores de la Nación Argentina, (2009) Ley 26.529. Buenos Aires, Argentina. Publicada en el Boletín Oficial de la República Argentina N° 31.785.

Cámara de Diputados y Senadores de la Nación Argentina, (2012) Ley 26.742. Buenos Aires, Argentina. Publicada en el Boletín Oficial de la República Argentina N° 32.404.

Cámara de Diputados y Senadores de la Nación Argentina, (2014) Decreto 1089/12 - Reglamentación de la Ley N° 26.529 Buenos Aires, Argentina. Publicado en el Boletín Oficial de la República Argentina N° 32.432.

Cámara de Diputados y Senadores de la Nación Argentina, (2015) Código Civil y Comercial. Buenos Aires, Argentina. Publicado en el Boletín Oficial de la República Argentina N° 32.985.

Fajardo Dolci, G. (2012) Recomendaciones para prevenir el error médico, la mala práctica y la responsabilidad profesional. México DF; México. Revista CONAMED, Editorial Progreso.

Lorenzetti, R. (1986) Responsabilidad civil de los médicos. Buenos Aires, Argentina. Editorial Rubinzal.

Patitó, J., (2000). Medicina Legal. Buenos Aires, Argentina. Ediciones Centro Norte.

Patitó, J., (2011). Enciclopedia Médico-Legal. Buenos Aires, Argentina. Editorial Akadia.

Rencoret, G. (2003) Auditoría Médica: Demandas y responsabilidad por negligencias médicas. Gestión de calidad. Riesgos y Conflictos. Valparaíso, Chile. Revista Chilena de Radiología, Editorial Publimpacto.

Rojas, N., (1976). Medicina Legal. Buenos Aires, Argentina. Editorial El Ateneo.

Serrano, J. (1973). Introducción a la Filosofía de la Ciencia. México DF, México. Editorial Progreso.

Spector, E. (2012) Temas de Responsabilidad Profesional en Psiquiatría. Buenos Aires, Argentina. Trinañes Gráfica.

Varios autores. (2003) Pastoral de la Salud - Acompañamiento humano y sacramental. Barcelona, España. Editorial Centro de Pastoral Litúrgica.

Vázquez Fanego, H., (2003). Investigación Médicolegal De La Muerte. Tanatología Forense. Buenos Aires, Argentina. Editorial Astrea.

Sitios web

Sitio web Abogados. Fallo “Albarracini” (Testigo de Jehová). Aspectos relevantes. Similitud con fallo. <http://www.abogados.com.ar/fallo-albarracini-testigo-de-jehova-aspectos-relevantes-similitud-con-fallo/10295> . Consultado 16/10/15.

Sitio web Auditoría Médica Hoy. Biblioteca 2014. <http://auditoriamedicahoy.com.ar/biblioteca.asp> . Arista, M., Franzese, M. La Responsabilidad Civil del Médico Auditor. Consultado el 02/08/15.

Sitio web Auditoría Médica Hoy. Biblioteca 2014. <http://auditoriamedicahoy.com.ar/biblioteca.asp> . Varios autores. Auditoría médica – responsabilidad profesional: entre la función del auditor y el conflicto de intereses. Consultado el 02/08/15.

Sitio web Diario Clarín. Cien personas ya pidieron que no los traten en estado terminal. http://www.clarin.com/salud/Cien-personas-pidieron-traten-terminal_0_689931094.html . Consultado el 09/09/15.

Sitio web Diario La Nación. Muerte digna: un debate que se vuelve a abrir. <http://www.lanacion.com.ar/1398841-muerte-digna> . Consultado el 30/09/15.

Sitio web Diario La Nación. Murió Camila, la niña que inspiró la ley de muerte digna. <http://www.lanacion.com.ar/1480163-murio-camila-la-nina-que-inspiro-la-ley-de-muerte-digna> . Consultado el 05/08/15.

Sitio web Diario La Nación. Nuevo Código Civil: el impacto en la vida cotidiana de los argentinos. <http://www.lanacion.com.ar/1814707-nuevo-codigo-civil-el-impacto-en-la-vida-cotidiana-de-los-argentinos> . Consultado el 30/09/15.

Sitio web El trabajo Seguro. La regulación de las directivas médicas anticipadas en el ordenamiento jurídico argentino <http://eltrabajoseguro.com/wp-content/uploads/2015/06/Directivas-medicas-anticipadas-en-el-derecho-argentino-NV10201.pdf> Consultado el 28/10/15.

Sitio web Estrategas del Seguro y la Banca. Praxis y mala praxis médica. <http://www.revistaestrategas.com.ar/revista-561.html> . Consultado el 30/08/15.

Sitio web Hospital Italiano. Decisiones anticipadas en el ámbito de la salud http://www.hospitalitaliano.org.ar/index.php?contenido=ver_curso.php&id_curso=8962 . Consultado el 03/11/15.

Sitio web Infobae. El nuevo Código Civil y Comercial y la Bioética <http://www.infobae.com/2015/08/12/1747816-el-nuevo-codigo-civil-y-comercial-y-la-bioetica> . Consultado el 30/09/15.

Sitio web Intramed. El Derecho en los finales de la vida <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=87749> . Consultado el 25/09/15.

Sitio web Nuevo Código Civil y Comercial de la Nación. <http://www.nuevocodigocivil.com/wp-content/uploads/2015/09/Directivas-anticipadas-en-el-CCyC-por-Flah.pdf> . Consultado el 25/10/15.

Sitio web Protectora - Asociación Defensa al Consumidor. Formulario de Directivas Anticipadas – Derecho del paciente – Testamento de Vida – Donación de Organos. <http://www.protectora.org.ar/salud-medicamentos-medicina-prepaga-y-o-sociales/formulario-de-directivas-anticipadas-derecho-del-paciente/3643/> . Consultado el 26/08/15.

Sitio web Real Academia Española. www.rae.es . Consultado el 15/09/15.

Sitio web Wikipedia. Testamento Vital. https://es.wikipedia.org/wiki/Testamento_vital . Consultado el 28/10/15.