



---

## INFORME ACADÉMICO FINAL

### Proyectos de Investigación 2016-2017

#### PROYECTO:

CONFLICTOS Y PEDAGOGIAS SOCIALES EN TORNO A LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES t Excedentes de paternalismo médico a la luz de la teoría del consentimiento informado y las directivas médicas anticipadas

#### DIRECTOR:

Armando Segundo ANDRUET (h)

#### CO-DIRECTOR:

Héctor Jorge PADRON

#### EQUIPO DE INVESTIGACIÓN:

MARCHEGANI, Raúl J.; NEGRETTI, Luis A.; ABAD, Damián; CARIGNANO, Germán; CACERES, Virginia

#### ALUMNOS INTEGRANTES:

#### 1. INFORME ACADÉMICO DEL PROGRAMA/PROYECTO

Cabe recordar, que el proyecto que ahora se presenta en su informe final resultó como hallazgo investigativo efectuado en el curso de la investigación anterior del equipo, y que se vincula con el conocimiento y pedagogías correspondientes al nuevo instituto civil y bioético de las Directivas Médicas Anticipadas (DMA), con las notables implicancias de la

---



## INFORME ACADÉMICO FINAL Proyectos de Investigación 2016-2017

relación médico paciente en el proceso final de la vida de las personas. El producto más sustantivo de dicha investigación fue publicado en el volumen 'Las Directivas Médicas Anticipadas y su Conocimiento Médico-Jurídico', Córdoba, Alveroni, 2016, 215 pág, ISBN 978-987-643-147-7, mediante el cual, se clausuran los aspectos teóricos que habían sido materia de investigación. Dicha labor, fue continuada luego de la recepción legislativa en el año 2015 del instituto de las Directivas Médicas Anticipadas en el art. 60 del Código Civil de la Nación. Esto último fuera materia de publicación en el libro intitulado 'Directivas Anticipadas en Argentina (Muerte Digna)', Córdoba, Advocatus, 2015, 351 pág., ISBN 978-987-551-283-2. Esta última publicación, atento a su carácter novedoso para el ámbito Latinoamericano y del Caribe, mereció una recensión en una prestigiosa publicación internacional sobre bioética, como es Acta Bioethica 2017; 23 (2): 365.

En el curso de la ultima investigación cumplida, se presentó un aspecto que problematizo al Equipo y que estaba asentado en que si bien los médicos, consultados en los estudios de campo, adherían a las prácticas de las DMA; se advertía una cierta incertidumbre respecto a la densidad y peso de esa creencia en situaciones de conflicto real, en el terreno de la bioética clínica, instalando entonces el problema no meramente en una cuestión de conocimiento o no de ellas, sino en el ancestral problema de las tensiones entre autonomismo de la persona enferma y paternalismo médico profesional. Las hipótesis que el Equipo representó, era la percepción de la existencia de un soterrado ánimo de paternalismo o autoritarismo médico.

Por tal razón, la presente investigación lleva en su titulación lo de 'excedentes', en el convencimiento que existen prácticas profesionales –en el caso las paternalistas o autoritarias- que no han sido desterradas de la profesión hipocrática, como así también, una tendencia a disimular al máximo dicha circunstancia. Así entonces fue delimitado el objetivo principal de la investigación, como es, conocer si realmente dicha apreciación podía ser confirmada en el terreno de la práctica médica y bajo cuales elementos ello era posible. En segundo lugar, y como objetivo secundario, el poder reconocer las razones que existen para que ello se produzca de tal manera.

Para llevar adelante el mencionado abordaje, advertimos diversas vías de acceso, aunque todas ellas, con diferencia de matices y puntos de anclaje, se instalaban en lo que luego habría de devenir en lo central contemporáneamente de la relación médico-paciente como es el tema de la información al paciente y de donde se conjuga el desarrollo del consentimiento informado con independencia de la manera en que el mismo se cumpla, esto es, pre-impreso o no. La cuestión profunda de la relación médico-paciente, advertíamos que nos iría a colocar frente a otro problema que trasciende las esferas de la



## INFORME ACADÉMICO FINAL Proyectos de Investigación 2016-2017

ética médica, la bioética y el derecho sanitario y nos coloca ante una problemática filosófica, política y moral; como es, categorizar a dicha relación de naturaleza autonomista desde el paciente o paternalista desde la perspectiva del médico.

El núcleo del problema allí, será la comprensión que el hombre contemporáneo le brinda al cuerpo, toda vez, que sin duda en el tiempo presente todo parece indicar que la corporalidad genera un derecho subjetivo a realizar con él, todo aquello que en rigor se convierta en un comportamiento autorreferente aunque sea exterior y no tenga las características de ser transitivo. Dichos aspectos son la matriz epistemológica que subyace en la investigación fáctica que ha sido cumplida.

II. Labores de investigación del Equipo – Trabajo de Campo. Entrevista. El mismo consistió fundamentalmente en dos instrumentos que le permiten a la investigación en su conjunto, completarla como de tipo cuanti-cualitativo. En el primero de los supuestos se formalizó una entrevista vertebrada sobre un guión conformado por diez preguntas a ser respondidas por escrito y todas ellas nominativamente, a un colectivo de sesenta médicos. Dichas entrevistas, tuvieron cinco ejes principales en sus preguntas: 1) Aspecto conceptual de la relación médico-paciente, 2) Aspecto operativo de la relación médico-paciente, 3) Aspecto cognitivo del consentimiento informado por el paciente, 4) Aspecto formativo del consentimiento informado por el médico y 5) Aspecto transtextual del consentimiento informado por el paciente.

Las conclusiones de dichas entrevistas pueden apuntarse sucintamente de la siguiente manera: 1) Para un número mayoritario de médicos, el concepto de consentimiento informado está asociado, casi excluyentemente, con el modelo de tipo autonomista. Solo para un reducido número de médicos, es un auténtico instrumento de fondo, mediante el cual los pacientes hacen valer su propia autonomía; 2) Para la mayoría de los médicos, la expectativa que le genera una consulta por presentarse, es de un 'desafío', lo que permite inducir que mayoritariamente los médicos son de corte paternalista; 3) La mayoría de los médicos han señalado acerca de la mutabilidad de la relación médico-paciente, acorde donde ellas son cumplidas; 4) No existe un correlato completo entre informar claramente y comprender de igual manera por los pacientes. Los pacientes codifican en términos de entendimiento lo que se les indica, más su proceso de síntesis y comprensión es posterior. Para muchos lo más determinante, es saber cuales habrán de ser los resultados finales. Se advierte aquí entonces un primer aspecto central de las entrevistas cumplidas y que se recupera en el concepto central de la investigación, como es, la existencia de una cierta cuota de residuo o excedente de paternalismo clásico, y que en la práctica médica se producen naturalmente; 5) Ninguno de los entrevistados ha señalado que contar con



## INFORME ACADÉMICO FINAL Proyectos de Investigación 2016-2017

consentimientos pre-impresos fuera suficiente para tener por realizada toda la información al paciente; existe en el profesional, un esfuerzo por clarificar y cerciorarse de que la persona ha comprendido lo informado; 6) Los médicos en general aceptan sin dificultad, los consentimientos pre-impresos. Aunque destacan que la información verbal complementaria es lo más valorado y donde plantean sus incertidumbres; 7) La práctica del consentimiento informado no es una realización que emerja de la profesión médica, sino una obligación jurídica a la que prestan atención, por un carácter defensivo ante un pleito por praxis médica; 8) Siendo conscientes los médicos que los pacientes recurrirían a la palabra del médico y ellos, no modificar las condiciones de comprensión del consentimiento pre impreso, se evidencia la dimensión paternalista pura -no desde el cuidado- que como tal, afecta al autonomismo del paciente: Se evidencia desde nuestra perspectiva, con ello, no ya un mero paternalismo desde el cuidado sino un paternalismo médico clásico. Apareciendo entonces otro supuesto de residuo o excedente; 9) No se comprende prima facie, porque sabiendo los médicos la incomprensión de los enfermos en los consentimientos pre-impresos, no producen los cambios para eliminar dicha falta de comprensión, sin embargo no se podría afirmar que ese comportamiento obedezca a un ejercicio de paternalismo desde el cuidado o un paternalismo a secas, aunque posiblemente sea más lo segundo que lo primero, sobre la base que no se modifica aquello que podría cambiarse. Si fuera así, aparece un tercer vestigio para confirmar la hipótesis de la existencia de excedentes o residuos paternalistas en la práctica médica actual en la ciudad de Córdoba al menos.

III. Trabajo de Campo – Encuesta. Con el mencionado insumo debidamente ponderado, siempre a la luz de lo que fueran las hipótesis principales de la investigación, como es, reconocimiento o no de la subsistencia de prácticas profesionales médicas de tipo paternalista en tiempos donde el paradigma contemporáneo de la relación médico-paciente se encuentra instalado en un modelo vinculatorio de carácter autónomico de las personas; se construyó el instrumento encuestatorio que se cumplió sobre un total de 154 médicos de la ciudad de Córdoba. El instrumento tiene un total de veintiséis preguntas. Dicha encuesta en su documento de control, se encontraba monitoreada bajo cuatro secciones: 1) Relación médico-paciente, 2) Información médica, 3) Consentimiento informado, 4) Consentimiento informado matricado o formateado. El ámbito 2, a su vez se descomponía en cuatro variables: a) Expectativa para el CI, b) Comprensión de la información por el paciente, c) Formulación estándar del CI y d) Lectura por un tercero del CI. El ámbito 3, se descomponía también en cuatro variables: a) Expectativa del médico antes de la consulta, b) Relación médico-paciente, c) Ámbito físico en donde se cumple consulta y relación médico-paciente, d) Mecanismos de confianza para la relación médico-paciente. Por último, el ámbito 4 se registraba mediante una sola variable y que como tal,



## INFORME ACADÉMICO FINAL Proyectos de Investigación 2016-2017

indagaba acerca de criterios, pautas, estándares, prácticas de un ejercicio –o no-manipulativo en la relación médico-paciente.

La devolución que tuvimos fue de un alto valor orientativo y puede ser condesada de la siguiente manera: 1) El 86.7% de los médicos encuestados considera que la relación médico-paciente existe en todo acto médico; 2) El 53.1% considera posible que aun tratándose de una ‘consulta médica’ acordada, el acto médico que se genera, puede no ser más, que un mero ‘encuentro’ médico-paciente; 3) El 58.7% expresó que las sinergias iniciales califican el paso de un “encuentro médico-paciente” a una “relación médico-paciente” y un 30.8% lo atribuyen a la continuidad de las visitas; 4) El 79% cree que la confianza que inspira su persona es el aspecto más considerado por un paciente en una relación clínica; 5) En 55.2% expresó que fue “muy poco” el entrenamiento profesional que recibieron durante la carrera de médico para la práctica de la “consulta médica”; 6) Entre quienes expresaron haber recibido entrenamiento, el 43.2% respondió que fue útil pero insuficiente y para el 30.8% fue parcialmente útil; 7) El 53.8% considera que una consulta médica extensa, tiende a fortalecer una mejor relación médico paciente, mientras que el 45.5% opina lo contrario; 8) El 51% respondió que no tiene tiempos preasignados en cuanto al tiempo a dedicar a un paciente en su primera visita; 9) Los objetivos de esa primera consulta son: a) estar en una posición de escuchar antes que de actuar (38.5%), b) producir un contacto significativo del encuentro (32.2%), c) producir un diagnóstico tentativo (29.4%); 10) El 46.9% respondió que en la primera consulta la modalidad más usual es saludar al paciente cordialmente y el 33.6% al saludar al paciente le estrecha la mano; 11) El 73.4% expresó que su primera pregunta es ¿qué lo trae por aquí?; 12) El 54.5% afirmó que la excesiva cantidad de pacientes es el aspecto más importante para la realización de una consulta óptima; 13) El 42.7% expresó que el interés del paciente es el aspecto más importante para determinar la cantidad de información a trasladar a cada uno de sus pacientes, el 25.2% lo atribuye al estado de salud y el 23.1% a la instrucción aparente; 14) El 92.3% considera que la información médica reflejada en el consentimiento informado (C.I.) debe ser efectuada por el médico tratante; 15) A fines de comprobar que el paciente ha comprendido todo lo informado en la consulta, el 30.8% informa dos veces, el 29.4% solicita que repita lo escuchado y el 25.2% advierte la comprensión por su fisonomía y asentamiento verbal; 16) En caso de negación de un paciente a las indicaciones médicas o terapéuticas, el 39.2% abandonaría la indicación y buscaría una vía alternativa, mientras que el 34.3% persistiría en la conveniencia de la indicación; 17) El 48.3% expresó que la formación técnica sobre las cuestiones del C.I. son adquiridas en el ejercicio profesional; 18) El 66.4% asimila el C.I. a un instrumento de reconocimiento a la autonomía de los pacientes; 19) El 39.2% ubica el C.I. como una exigencia ética, el 32.9% como una exigencia médica y el 28% como una exigencia jurídica; 20) El 49.7% asimila la práctica del C.I. a la





