

Título: Aspectos médico-legales del trauma y las emergencias

Autores: Maglio, Ignacio - Wierzba, Sandra M.

Publicado en: SJA 18/12/2019, 18/12/2019, 3 -

Cita Online: AR/DOC/3190/2019

Sumario: I. Introducción.— II. Notas sobre el devenir de ciertas reglas, políticas públicas y experiencias relevantes.— III. Concepto de "Traumaética".— IV. La solidaridad como principio fundante de la Traumaética.— V. Responsabilidad profesional en la atención integral del trauma y dilemas éticos y jurídicos asociados.— VI. Epílogo.

I. Introducción

El trauma se presenta como uno de los desafíos más significativos para la Salud Pública, en particular considerando la elevada mortalidad y morbilidad asociada a la enfermedad, constituyéndose en la primera causa de muerte entre el primer año y los cuarenta y cinco años de vida.

Las normas que regulan la actividad de la atención del trauma han definido a las lesiones traumáticas como "el daño físico que resulta cuando el cuerpo humano es sometido a niveles de energía que sobrepasan su margen de tolerancia". Un claro ejemplo es el daño producido por el impacto de un disparo de arma de fuego o por un vehículo a motor. También se incluye en la definición de lesiones al daño ocasionado por la falta de uno o más elementos esenciales para la vida como el agua, el aire y el calor, como sucede en casos de ahogamiento, estrangulación o congelamiento [\(1\)](#).

La OMS (Organización Mundial de la Salud) ha dado cuenta de la muerte de 4,9 millones de personas por traumatismos en 2016, y ha informado que más de una cuarta parte (el 29%) falleció como consecuencia de incidentes del tránsito. La mortalidad en estos casos que, a nivel mundial fue de 18,8 defunciones por cada 100.000 habitantes, habría alcanzado las 29,4 defunciones por cada 100.000 habitantes en los países de bajos y medianos ingresos, significa una de las principales causas de muerte [\(2\)](#). En nuestro país, al año 2017, estos incidentes provocaron la muerte de 5420 personas [\(3\)](#). Por otro lado, además de la pérdida de vidas, las lesiones de este tipo ocasionan una elevadísima carga de enfermedad y discapacidad: basta con considerar la cantidad de años de vida y de trabajo potencialmente perdidos, a tal punto que resulta mayor que la sumatoria de las enfermedades cardio y cerebrovasculares, además de los cánceres.

En relación con los aspectos médico-legales del trauma y las emergencias, corresponde considerar distintos niveles de responsabilidad: En primer lugar, es preciso atender a la responsabilidad del Estado en la implementación de políticas sanitarias activas encaminadas a prevenir la enfermedad, como así también el establecimiento de medidas que minimicen los daños y la debida contención, atención y seguimiento de los afectados.

Hasta hoy los aportes estatales para la prevención y el manejo del trauma son escasos, espasmódicos, desorganizados y superpuestos; por otro lado, los escasos aportes normativos concretos encaminados a la prevención efectiva de la enfermedad se limitan a algunas declaraciones de organismos internacionales, cuyo valor jurídico es precario y relativo; estas limitaciones pueden vincularse a que el trauma ha sido considerado desde hace cuarenta años la enfermedad negada de la sociedad moderna y, desde hace veinte años, el principal problema de salud en América, aunque su consideración como enfermedad no tiene aún el debido arraigo en la comunidad.

II. Notas sobre el devenir de ciertas reglas, políticas públicas y experiencias relevantes

En el momento en que el trauma comenzó a vislumbrarse como una verdadera "tragedia sanitaria", se esbozaron los primeros intentos para establecer recomendaciones de organismos multilaterales. Las primeras declaraciones internacionales aparecieron durante la Asamblea General del 2010 de las Naciones Unidas, cuando se proclamó para el período 2011-2020 el "Decenio de Acción para la Seguridad Vial", con el objetivo de estabilizar y, posteriormente, reducir las cifras previstas de víctimas mortales en incidentes del tránsito en todo el mundo aumentando las actividades de concientización en el ámbito nacional, regional y mundial.

Además de la disminución de la cantidad de víctimas mortales, se estableció la necesidad de ofrecer

tratamiento integral a los damnificados sobrevivientes. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud dispuso el Plan Mundial para el Decenio de Acción para la Seguridad Vial 2011-2020, con recomendaciones a los países miembros para mejorar la capacidad de los sistemas de salud y de otra índole, para brindar a las víctimas tratamiento de emergencia apropiado y rehabilitación a largo plazo. Asimismo, estableció la necesidad de crear sistemas de atención prehospitalaria y hospitalaria, como así también la evaluación de la calidad de atención mediante la aplicación de buenas prácticas sobre sistemas de atención del trauma y garantía de calidad.

Por otra parte, en 2015 los estados miembros de Naciones Unidas a través de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), se comprometieron a garantizar la seguridad de las carreteras, cuestión que se vincula no solo con los objetivos relacionados con la seguridad vial, sino, además, con la salud, el medio ambiente, la educación y el empleo, entre otros.

A nivel local, se destacan la Ley de Tránsito 24.449, que entre otras cuestiones dispuso la creación de un Consejo Federal de Seguridad Vial, como ámbito de concertación y acuerdo de la política de seguridad vial de la República Argentina, además de reglas específicas en materia de velocidad, licencias de conducción y procedimientos. Luego y como corolario de la tragedia del Colegio Ecos, donde fallecieron más de diez personas, en su mayoría jóvenes que habían visitado una escuela rural del norte del país, se sancionó la Ley de Tránsito y Seguridad Vial 26.363, que creó la Agencia Nacional de Seguridad Vial. Hoy en día, este ente despliega actividades de formación, investigación y análisis, con el fin de contribuir a la toma de decisiones para disminuir la siniestralidad vial en el país, además, coordinar una Red Federal de Asistencia a Víctimas y Familiares de Víctimas (4).

Por su parte, el Código Civil y Comercial de la Nación (2015), incluyó la novedosa función preventiva de la responsabilidad civil (arts. 1710 a 1713), a la cual hoy se asigna carácter prioritario, en tanto se sabe que los daños propios del siglo XXI son muchas veces difíciles de recomponer (5). En este sentido, se impone a las personas en general, el deber de adoptar medidas razonables para evitar perjuicios o disminuir su magnitud y no agravar los ya producidos. Pero también se consagra la acción preventiva, que habilita el dictado de mandatos judiciales que impongan obligaciones de dar, hacer y no hacer, cuya finalidad es evitar la producción, repetición o agravamiento de daños.

Tal función no excluye el papel que sigue cumpliendo la función indemnizatoria de la responsabilidad civil, que en términos prácticos sigue dominando la escena, dando marco a las centenas o acaso miles de acciones judiciales por daños derivados de siniestros viales, que año a año se presentan ante nuestros tribunales, para reparar en muchos casos tarde y mal las consecuencias de aquello que urge evitar, tensando a su vez los sistemas de salud, de seguridad social y de seguros, ya frágiles.

Ahora bien, corresponde no soslayar ciertos avances logrados a nivel local, asociados a normas como las citadas y a políticas públicas que incluyeron la reforma sustancial del sistema de transporte público de pasajeros —p. ej., terminándose con la obligación de los conductores de expedir y cobrar los boletos— y la mejora de ciertas rutas —p. ej., la conversión en autovía de la ruta 14, antes conocida como "La ruta de la muerte". Pero la situación global de la seguridad vial no parece haber mejorado sustancialmente. En este sentido, a casi una década de las primeras recomendaciones internacionales, el Informe sobre la Situación Mundial de la Seguridad Vial 2018 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) fue contundente al afirmar que 3700 personas mueren cada día en el mundo por causas relacionadas con la seguridad vial, además de destacar la citada brecha entre países de altos y de bajos ingresos, ya que en estos últimos, las personas hoy todavía tendríamos aumentado en tres veces el riesgo de sucumbir por traumas viales.

Como gran paradoja de la pobreza, en los países más pobres se concentra solo el 1% de la cantidad de vehículos del mundo, sin embargo, aquí/allí las muertes por la inseguridad vial representan el 13% de las defunciones globales.

Y ello no puede escindirse del hecho que las recomendaciones internacionales para mejorar la prevención, asistencia y tratamiento del trauma no habrían tenido la esperada repercusión e inserción dentro de las políticas públicas sanitarias; en términos de la responsabilidad corresponde al Estado por mandato constitucional, de procurar la inmediata aplicación efectiva de un plan integral para el manejo de la enfermedad trauma, que,

además, corresponde a un compromiso macro ético y político.

III. Concepto de "Traumaética"

La atención del trauma tiene características muy propias, apreciándose diferencias significativas con relación a la práctica asistencial habitual: el paciente no elige el centro, ni los profesionales actuantes; el equipo asistencial, por lo general desconoce los antecedentes, preferencias y valores del paciente y su familia; existe muy poco tiempo para tomar decisiones, imposibilidad de consultar a los comités de bioética o consultores médico-legales o jurídicos.

La responsabilidad profesional en el manejo del trauma se asocia inmediatamente a deberes vinculados a la prestación de atención inmediata o deber de socorro, como así también al compromiso social y la solidaridad, como valores y principios rectores de la "Traumaética".

Sin la pretensión de crear una nueva disciplina, el desarrollo de la Traumaética podría favorecer la reflexión sobre determinados valores y principios que se asocian de modo particular al despliegue de las especialidades comprometidas en la prevención y atención integral del trauma.

Las distintas profesiones y actividades vinculadas al manejo del trauma comparten un ideario común vinculado a un fuerte compromiso en términos de solidaridad y cooperación social. Y la elección de cualquiera de aquellas presupone una opción vocacional de fuerte impronta solidaria para el servicio comunitario, ya que, en general, trasciende la mera atención sanitaria individual.

En las profesiones comprometidas con la atención del trauma, se vislumbran con claridad algunos de sus rasgos distintivos, que han llevado a los estudiosos del tema a definirla como una "actividad social cooperativa, cuya meta interna consiste en proporcionar a la sociedad un bien específico e indispensable para su supervivencia como sociedad humana, para lo cual se precisa el concurso de la comunidad de profesionales que como tales se identifican ante la sociedad y el desarrollo de las virtudes indispensables para alcanzar la meta, amén de encarnar determinados valores y principios" (6).

En el ejercicio de las profesiones y actividades vinculadas al trauma existen tanto reglas de naturaleza ética, como deberes jurídicos. Y más allá de la cada vez más profunda relación entre ambos, cabe afirmar que aquellas obligan en conciencia y no implican una sanción externa, mientras que los segundos se imponen por mandato legal y tienen consecuencias jurídicas.

IV. La solidaridad como principio fundante de la Traumaética

En las últimas cuatro décadas el influjo de la Bioética impactó en distintos ámbitos de la sociedad: en los inicios, su ámbito de aplicación se limitó a la discusión de casos dilemáticos en instituciones de salud, no excediendo los límites de la biomedicina. Posteriormente, comenzó a abarcar campos más amplios, tales como la biotecnología, la genómica y la genética, extendiendo el horizonte de las relaciones clínicas.

Esa forma de considerar a la Bioética estuvo ligada a una manera de pensar y actuar propia de un modelo occidental, etnocéntrico, clasemedista y machista, alejado de enfoques de género, desconociendo diferentes entornos culturales y distintos enclavamientos antropológicos que escapaban a esa visión hegemónica y típicamente anglosajona.

En América Latina se comenzó a vislumbrar la necesidad de ampliar el campo/objeto de estudio, el contenido y la misión de la Bioética, a partir de considerar circunstancias que excedían los temas circunscriptos a la biomedicina; se trataba de incorporar situaciones de mayor impacto social y ambiental que limitaban las posibilidades de un "buen vivir" ("Sumak Kawsay" al decir en las tradiciones andinas) a poblaciones excluidas y desamparadas. En ese sentido la bioética comenzó a significar una posibilidad efectiva de incidir en el diseño de políticas públicas que afecten no solo a las ciencias de la vida y las tecnologías emergentes, sino a la vida misma, en todas sus dimensiones. Interesa los temas sociales, como la lucha contra la desigualdad, la pobreza, el hambre, el acceso a los servicios de salud, la discriminación, la violencia de género, así como las cuestiones ambientales, como la explotación irracional de los recursos naturales, la degradación del medio ambiente y el cambio climático, entre otros tantos, que afectan la vida en todas sus formas.

La Bioética en perspectiva social, anclada en los Derechos Humanos, contiene fundamentos apropiados para

sostener la "Traumaética", donde el respeto por la dignidad y la solidaridad se presentan como pilares de la atención integral del trauma.

A partir de allí, distintas líneas de pensamiento latinoamericano emprendieron el camino de desandar nuevas formas de pensar en Bioética, conectada con las necesidades reales y el amparo de personas vulneradas, como el caso trágico de las víctimas de lesiones traumáticas. Es así que, amparadas en una epistemología común, ligadas al valor de la dignidad y los Derechos Humanos, florecen y se destacan la Bioética de intervención, la Bioética de Protección, la Bioética Narrativa, la Bioética Decolonial y la Bioética Existencialista o Radical, entre otras.

El conocimiento y la acción bioética comienzan a interrogarse sobre los distintos escenarios propios de la región, a fin dar respuestas más eficaces y contextualizadas para tener mayor incidencia colectiva y política en el desarrollo de capacidades que permitan modos de vida más saludables y ecológicamente sustentables.

La magnitud de la carga de enfermedad y sufrimiento vinculada al trauma plantea una verdadera tragedia sanitaria, que requiere respuestas sólidas, rápidas y precisas desde los Estados y la sociedad civil; pero toda política sanitaria que se oriente hacia ese propósito debe tener sólidas bases morales, de ahí que la Traumaética encuentre en el principio de la solidaridad, una de sus premisas básicas.

La solidaridad es el principio rector de la salud pública y colectiva en general, y en particular de la atención integral de la enfermedad trauma. Es preciso reconsiderar el valor que representa la solidaridad en tiempos donde se sostiene la idea de un Estado que solo asegura un paquete mínimo de prestaciones sanitarias. La solidaridad se presenta como un dique de contención frente a la desigualdad y la discriminación social y en la atención del trauma, cobra especial significado, ya que sus víctimas aumentan en la misma medida que se acrecientan las inequidades sociales y el estigma.

El verdadero valor de la solidaridad se expresa cuando quien recibe el gesto solidario carece de todo poder, como aquellos que sufren las consecuencias dañosas del trauma. Allí se refleja el auténtico sentido humanitario de la fraternidad. La solidaridad no surge de un cálculo o práctica utilitaria, emerge del profundo deseo de ayudar al más débil, la fragilidad es el terreno fértil de la solidaridad.

Las características que definen a la solidaridad se han descrito como: La dignidad inherente a la condición de persona —central, en el catálogo de derechos personalísimos consagrado por el Código unificado, conf. arts. 51 y 52—, la desigualdad, la empatía y la compasión (7). La solidaridad se explica en clave relacional, se despliega con toda su dimensión en contextos de vulnerabilidad y frente a crecientes modos de desigualdad sanitaria. Además, la solidaridad se relaciona con el principio de justicia, en donde se debería privilegiar la atención de aquellos más desfavorecidos (8).

V. Responsabilidad profesional en la atención integral del trauma y dilemas éticos y jurídicos asociados

Tradicionalmente se ha asociado la actividad profesional a una tarea lícita, propia de un saber científico, técnico o práctico; que suele ejercerse de manera habitual y onerosa. Se destacó la facultad estatal de habilitar y reglamentar tal ejercicio. Dentro de esa categoría, se incluyó a las "profesiones liberales", en las que la doctrina reconoció un grado importante de intelectualidad, la necesidad de obtención de un título universitario y habilitación para su ejercicio (9).

En cuanto a la regulación legal del tema, se advierte que a la época de la entrada en vigencia del Código de Vélez Sarsfield los profesionales liberales no contaban con una presencia social extendida, de allí que resultara lógico que tal cuerpo de leyes no dispusiera al respecto. Pero con el tiempo, su trabajo comenzó a desarrollarse, a cobrar importancia y a contemplarse en la legislación especial.

Por su parte, la Ley de Defensa del Consumidor (24.240) considera "proveedores", a todas aquellas personas físicas o jurídicas de naturaleza pública o privada, que desarrollen de manera profesional, aun ocasionalmente, actividades de producción, montaje, creación, construcción, transformación, importación, concesión de marca, distribución y comercialización de bienes y servicios, destinados a consumidores o usuarios. Sin embargo, excluye expresamente de su regulación los servicios de profesionales liberales que requieran para su ejercicio título universitario y matrícula otorgada por colegios profesionales reconocidos oficialmente o autoridad facultada para ello, no así, a la publicidad que se haga de su ofrecimiento (conf. art. sustituido por art. 2º de la Ley

26.361, BO del 07/04/2008).

La responsabilidad de los profesionales liberales fue normada en el art. 1768 del Cód. Civ. y Com., acompañando un verdadero fenómeno por el cual prolifera la sistematización del conocimiento en una multiplicidad de carreras universitarias; nuestra más reconocida casa de altos estudios recibe reconocimientos internacionales; se sigue aspirando a la calificación profesional como vía para el crecimiento laboral, social y económico y paralelamente, se cuestionan los errores y consecuencias no deseadas de este quehacer tan valorado.

En efecto, proliferan los juicios que comprometen la responsabilidad de los médicos, juntamente con la correspondiente a los prestadores institucionales de servicios de salud, acompañando la relevancia que ha adquirido todo el Derecho a la Salud en nuestra sociedad y en el mundo. Ciertas figuras como el "consentimiento informado", que hace a un requisito que en nuestro medio ingresó modernamente y hoy resulta insoslayable, se desarrollan en su ámbito y luego expanden sus efectos a las demás responsabilidades profesionales.

En este escenario, no sorprende que la nueva regulación legal de esta actividad sea una de las pocas que implica la culpabilidad. Es más, se trata del único supuesto de "Responsabilidad especial" (del Tít. V, Cap. 1, Sec. 9ª. Cód. Civ. y Com.), donde hay una referencia expresa a un factor de atribución de responsabilidad subjetivo. La gran variedad de saberes comprometidos y de circunstancias de ejercicio, dan un marco a tal opción legal. Pero, además —pensamos—, esta opción se justifica pues los reclamos que involucran la responsabilidad bajo estudio, aunque puedan comprometer objetivamente a otros obligados, por lo general suponen el cuestionamiento de expertos que actúan en soledad sobre situaciones cambiantes y en muchos casos críticas, que afectan a la persona o los bienes de terceros ajenos, portando como herramienta esencial un saber también cambiante y en esencia opinable.

Tales condiciones lucen patentes en los escenarios habituales de atención del trauma. Esta materia compromete una actividad principal consistente en desarrollo de un obrar prudente y diligente; propio de una obligación de medios, donde no se promete un resultado determinado, sino el despliegue un actuar consistente con los estándares de la especialidad médica relacionada con la atención de la enfermedad trauma.

Pero a su vez, la obligación principal de cuidado se integra con otros deberes, como el de socorro. En muchas ocasiones este deber jurídico no se conoce adecuadamente y flotan en el imaginario los fantasmas de los delitos asociados al abandono de persona y a la omisión del deber de socorro.

Al respecto, cabe aclarar que, en el delito de abandono de personas, se sanciona la conducta de aquel que pusiere en peligro la vida o la salud de otro, sea colocándolo en situación de desamparo, sea abandonando a su suerte a una persona incapaz de valerse y a la que deba mantener o cuidar, o a la que el mismo autor haya incapacitado (conf. art. 106 del Cód. Penal). En algunas legislaciones, se encuentra previsto un agravamiento de la pena si se produce un grave daño en el cuerpo o la salud de la víctima.

En cambio, en el delito de omisión de socorro se condena a aquel que encontrando perdido o desamparado a un menor o a una persona herida o inválida o amenazada de un peligro cualquiera, omitiere prestarle el auxilio necesario, cuando pudiese hacerlo sin riesgo personal o no diere aviso inmediatamente a la autoridad (conf. art. 108 del Cód. Penal).

El deber de socorro, como parte de las obligaciones impuestas a los médicos, se presentaría como deber legal cuando concurren las siguientes circunstancias:

- a) Se esté en presencia de un niño perdido o desamparado.
- b) Se esté en presencia de una persona herida, inválida o amenazada de un peligro.
- c) No exista riesgo personal.
- d) Si existiese riesgo, se omitiere dar inmediato aviso a la autoridad.

Desde la perspectiva ética, socorrer siempre y en cualquier circunstancia, aún en riesgo de la propia vida o integridad, podría considerarse como un deber de naturaleza supererogatoria, ya que no existe un imperativo legal, ni moral de actuar en ese sentido. Una forma de restringir esta apreciación se presenta en el caso de catástrofes naturales o humanas que ocasionen una elevada carga de daño y sufrimiento generalizado.

El Código de Ética de la Asociación Médica de los Estados Unidos resulta esclarecedor cuando establece que "La respuesta local, regional y nacional a epidemias, ataques terroristas, y otras situaciones de desastre, exige una amplia participación de los miembros de la comunidad médica. Debido al compromiso de cuidado con el enfermo y el herido, los médicos tienen la obligación de entregar cuidado médico de urgencia durante las situaciones de desastre. Esta obligación ética se mantiene incluso enfrentando un riesgo mayor que el usual, para la propia seguridad, la salud, o la vida. Sin embargo, la fuerza médica, no es un recurso ilimitado; por lo tanto, cuando se participa en la respuesta a las situaciones de desastre, el médico deberá balancear los beneficios inmediatos de los pacientes individuales con la habilidad de cuidar pacientes en el futuro (...)" (10).

En estos casos se invocan cuestiones de responsabilidad humanitaria, en donde la respuesta a la tragedia es parte inseparable de la condición humana. El Proyecto Esfera (Carta humanitaria y normas mínimas para la respuesta humanitaria), refiere que la solidaridad y la compasión no son limosnas, sino respuestas a una obligación que se nos impone y nos despierta, y nos hace, al fin y al cabo, seres humanos. El contenido de dicha Carta da cuenta de ello, ya que sus principios, funciones, responsabilidades y normas mínimas se basan en "la convicción de que se deben adoptar todas las medidas posibles para aliviar o evitar el sufrimiento humano provocado por conflictos o calamidades" (11).

En el plano estrictamente jurídico, la jurisprudencia ha delineado tres obligaciones básicas vinculadas con la atención de emergencias: el deber de acudir de modo inmediato al lugar donde se encuentre la víctima; la prestación adecuada de la asistencia prehospitalaria y la debida derivación a un centro asistencial con la complejidad necesaria para la atención del paciente traumatizado (12). La doctrina nacional ha denominado al primer deber como una obligación de "plazo esencial", en donde el incumplimiento o la prestación tardía del deber de acudir con premura, se transforma en un quebrantamiento objetivo de dicha obligación.

Otros aspectos típicos de las obligaciones profesionales comprometidas mutan en este tipo de casos. Así, por ejemplo, el deber de obtener el consentimiento informado puede ceder ante la emergencia (conf. art. 9º. ley 26.529 y art. 59 in fine Cód. Civ. y Com.), sin que ello implique antijuridicidad (13) y la "relación de causalidad" entre el obrar profesional y el daño sufrido por el paciente se analiza con especial detenimiento, distinguiéndose de la culpabilidad (14), en tanto los resultados dañosos de una atención de emergencias bien pueden hallarse asociados a su riesgo propio.

En cuanto al deber de prestación de atención médica inmediata, la emergencia plantea situaciones excepcionales, donde la premura en tomar decisiones debe compatibilizarse con el respeto, tanto por las reglas éticas profesionales, como por los derechos de los pacientes.

Desde un enfoque eminentemente pragmático, se ha propuesto un modelo de toma de decisión ética rápida en las emergencias médicas, para ser utilizado cuando no se puede "comprar tiempo" y es preciso tomar resoluciones inmediatas por el riesgo para la salud y vida de las víctimas. Dicho método consta de la rápida revisión de tres evaluaciones expeditas. En primer lugar, debería realizarse la prueba de "imparcialidad": para ello debiera formularse la pregunta sobre qué tipo de acción esa persona desearía para sí, en el caso en que fuese la víctima. Esta apreciación deviene de un principio moral tradicional, como aquel que manda no hacer a los demás lo que no gustaría que le hagan a uno. Luego se indica el test de universalidad, consistente en la interrogación sobre si la mayoría de colegas tomaría una decisión similar en circunstancias análogas, finalmente el último examen se denomina "la prueba de justificación interpersonal", a través de la cual se reflexiona sobre si se podrían expresar motivos suficientes para defender la acción u omisión frente a terceros. Si el miembro del equipo de atención del trauma responde afirmativamente los tres interrogantes, lo más probable, de acuerdo con los autores, es que el acto u omisión sea éticamente correcto (15).

El modelo de toma de decisión ética en emergencia, si bien tiene el mérito de orientar procedimentalmente, carece de una justificación previa en términos de principios y derechos. Para salvar dicho escollo es preciso que, en la formación de los actores de la atención del trauma, se realice una capacitación orientada tanto en los principios en juego: dignidad, solidaridad y justicia, como en los derechos esenciales de los pacientes y del equipo de salud.

Un aspecto esencial en la atención del trauma y las Emergencias se vincula con la responsabilidad profesional

vinculada a la adecuación del esfuerzo terapéutico; ya que, además de ser un sinónimo de buena práctica, es la materialización de un uso racional y equitativo de los recursos y está considerada como un estándar de calidad en los servicios de terapia intensiva (16).

En el medio local no es habitual que las personas hayan manifestado directivas anticipadas antes de sufrir lesiones traumáticas, por ello es preciso que los operadores sanitarios en la atención del trauma informen y requieran del paciente o sus allegados sus preferencias en cuanto a la toma de decisiones médicas. Cabe recordar que las directivas anticipadas consisten en la declaración de voluntad de una persona rechazando la implementación de métodos que considera extraordinarios y desproporcionados que prolongan artificialmente la vida (17). Fueron consideradas actos unilaterales sobre las condiciones y circunstancias preferidas para un buen morir (18) y desde otra lectura, pueden considerarse expresiones propias de un consentimiento informado en sentido amplio, en la medida en que suponen decisiones por las que se aceptan o bien se rechazan determinados tratamientos médicos con antelación y con base en el conocimiento que el interesado debe tener previamente sobre los alcances de tales tratamientos.

El desconocimiento de las opciones disponibles, por ejemplo, las órdenes de no reanimación, puede generar medidas indeseables como el ingreso inapropiado a las unidades de terapia intensiva e implementación del soporte vital, con altos costos, en términos de sufrimiento y de recursos (19).

En la actualidad la Ley de Derechos del Paciente, reconoce el derecho a "aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad" (art. 11). Pueden así ser objeto de rechazo: procedimientos quirúrgicos, soportes vitales, incluyéndose la alimentación o hidratación artificiales cuando su único objetivo sea la prolongación de la agonía.

En la misma línea, el Código Civil y Comercial de la Nación establece que "... [l]a 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..." (art. 60).

La atención del paciente traumatizado requiere también una reconsideración de las metas de la medicina, entendidas para este caso como "el alivio del dolor y el sufrimiento causado por la enfermedad, la asistencia y curación de los enfermos, el cuidado de los que no pueden ser curados, la evitación de la muerte prematura y la procuración de una muerte en paz" (20).

Finalmente, y dadas las características especiales en la atención del trauma, uno de los interrogantes legales más frecuentes consiste en determinar quiénes se encuentran habilitados para tomar las decisiones en lugar del paciente, cuando este no se encuentre en condiciones de expresar su consentimiento informado. En la actualidad, a diferencia de la Ley de Derechos del Paciente, que optó por un catálogo rígido de representantes (21), el Código unificado adopta un criterio más amplio, que incluye al apoyo, el pariente (en cualquier grado) o el allegado que acompañe al paciente. Como se advierte, este sistema de representación es significativamente más amplio, elástico y dinámico, y resulta consistente con las características propias de la atención del trauma.

VI. Epílogo

La atención del trauma y las Emergencias médicas requiere de un elevado nivel de capacitación y entrenamiento profesional, pero al mismo tiempo exige un férreo compromiso con los principios de la "Traumaética" y los derechos en juego.

Las circunstancias en las que se despliega la actividad obligan a un proceder inmediato, prudente y ágil, pero reflexivo. Para ello es imprescindible que todos los miembros del equipo de salud tengan acceso a una formación integral, que capacite tanto en técnicas, como en valores.

A su vez, de parte de los operadores jurídicos —especialmente, de los jueces— se requiere un conocimiento de las circunstancias excepcionales propias de la atención del trauma y las Emergencias, que impliquen apartamiento de ciertas prácticas tradicionales.

Por lo demás, el imperativo de humanizar se patentiza en la atención integral del trauma, cuando quienes

reciben cuidado carecen de todo poder y donde los distintos miembros del equipo de salud permiten reconfigurar un sentido de la responsabilidad anclado en el compromiso de la atención compasiva y solidaria fundada en el respeto por la dignidad y los Derechos Humanos.

(1) Res. 1262/2011 del Ministerio de Salud. Salud. Plan Integral de Prevención, Atención y Rehabilitación de Lesiones Traumáticas. Creación Publicación. BO del día 18/08/2011.

(2) Organización Mundial de la Salud, "Las 10 principales causas de defunción", publicado el 24/05/2018 y disponible al 20/09/2019 en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>.

(3) Conf. Anuario estadístico de siniestralidad vial, del Directorio Nacional de Observatorio Vial, junio de 2018, disponible al 20/09/2019 en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/informe_estadistico_2017-_version_1.pdf.

(4) Fuente: <https://www.argentina.gob.ar/seguridadvial/observatoriovialnacional>.

(5) Sobre el tema, entre variados y valiosos trabajos puede verse Calvo Costa, Carlos A., "La prevención y el actual derecho de daños", RCyS 2014-V, tapa, AR/DOC/1240/2014; HIRALDE VEGA, Germán - DANESI, Cecilia, "La función preventiva", en WIERZBA, Sandra M. - MEZA, Jorge A. - BORAGINA, Juan C., Derecho de daños. Análisis bajo el Código Civil y Comercial de la Nación, Ed. Hammurabi, Buenos Aires, 2017; LÓPEZ HERRERA, Edgardo, "La función preventiva de la responsabilidad civil y su relación con las otras funciones", Revista de Derecho de Daños, 2008-2, "Prevención del daño"; NICOLAU, Noemí L., "La tutela inhibitoria y el nuevo art. 43, CN", LA LEY 1996-A, 1245; SEGUÍ, Adela, "Prevención de los daños y tutela inhibitoria en materia ambiental", en LORENZETTI, Ricardo (dir.), Derecho ambiental y daño, Ed. La Ley, Buenos Aires, 2009, ps. 135 y ss.; VERGARA, Leandro, "La prevención en el derecho de la responsabilidad civil", RCyS 2003-252. ZAVALA de GONZÁLEZ, Matilde, "Función preventiva de daños", LA LEY del 03/10/2011, 1; LA LEY 2011-E, 1116.

(6) DONOSO SABANDO, Claudia, "Deber de socorro del profesional sanitario en situaciones de desastre: ¿una obligación contractual?", Revista Redbioética/UNESCO, año 6, vol. 2, nro. 12, julio-diciembre de 2015.

(7) GAFO, J., "Los principios de Justicia y Solidaridad en Bioética", Persona y Sociedad, nro. 14-56, Madrid, 1997.

(8) PÁEZ MORENO, Ricardo, "Hacia un imaginario de solidaridad desde una perspectiva relacional en bioética", MJ-DOC-13783-AR | MJD13783.

(9) ALTERINI, Atilio A. - AMEAL, Oscar J. - LÓPEZ CABANA, Roberto M., "Derecho de obligaciones civiles y comerciales", Ed. Abeledo-Perrot, Buenos Aires, 2008, ps. 883-885.

(10) AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (AMA), "2012: Code of Medical Ethics", en DONOSO SABANDO, Claudia, ob. cit., p. 349.

(11) Ver: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/Publicaciones/2011/8206.pdf?view=1> y DONOSO SABANDO, Claudia, ob. cit.

(12) MENEGHINI, Roberto A. "Urgencias médicas. Un fallo aleccionador", 13/06/2018, MJ-DOC-13575-AR | MJD13575.

(13) TRIGO REPRESAS, Félix, "La urgencia que permite la actuación médica sin consentimiento informado y sin antijuridicidad", DJ del 03/08/2011, 5; LLP 2011 (diciembre); LL AR/DOC/1285/2011.

(14) Juzg. Nac. de Primera Instancia Com. nro. 1, 17/10/2000, "M. de B., A. M. c. Diagnos SA", LL AR/JUR/5480/2000.

(15) ISERSON, K., "The Rapid Ethical Decisionmaking Model: Critical Medical Interventions in Resource-Poor Environments", em>Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics, 20, 2011, ps. 108-114.

(16) Sobre este tema, ver por ejemplo el extenso tratamiento dado al tema en la L1/2015, sobre "Derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida", de la Comunidad Autónoma de Canarias, del 04/03/2015, disponible al 23/08/2015 en <https://www.boe.es/boe/dias/2015/03/04/pdfs/BOE-A-2015-2295.pdf>.

(17) Se ha indicado un proceso progresivo desde la consideración inicial de métodos extraordinarios hasta la denominación de métodos desproporcionados, consignándose que esta última categoría describía con mayor precisión las circunstancias particulares de cada caso (conf. NIÑO, Luis F., "Eutanasia, morir con dignidad. Consecuencias jurídico-penales", Ed. Eudeba, Buenos Aires, 1994). Otros autores no descartan la utilidad de seguir utilizando ambas categorías (conf. BLANCO, Luis, "Morir con dignidad", en TEALDI, Juan C., Diccionario latinoamericano de Bioética, Unesco, RedBioética, Universidad de Bogotá, Colombia, 2008, ps. 508-511).

(18) NIÑO, Luis F., ob. cit.

(19) POYO-GUERRERO, R. - CRUZ, A. - LAGUNA, M. - MATA, J. y el resto de los componentes del Comité de Ética del Hospital Son Llatzer de Palma de Mallorca (España), "Experiencia preliminar en la introducción de la limitación de terapias de soporte vital en la historia clínica electrónica", Med Intensiva, 2012; 36[1]:32-36.

(20) The Goals of Medicine. Hastings Center Report 1996; 26[6] ps. 19-26.

(21) En este sentido, de acuerdo con el art. 6º de la ley 26.529, texto según ley 26.742: "En el supuesto de incapacidad del paciente, o imposibilidad de brindar el consentimiento informado a causa de su estado físico o psíquico, el mismo podrá ser dado por las personas mencionadas en el art. 21 de la ley 24.193, con los requisitos y con el orden de prelación allí establecido", y de acuerdo con su art. 10, sobre la revocabilidad del consentimiento: "Las personas mencionadas en el art. 21 de la ley 24.193 podrán revocar su anterior decisión con los requisitos y en el orden de prelación allí establecido...". Si bien estas disposiciones se refieren al consentimiento informado, fueron incorporadas con la Ley de Muerte Digna, y se aplican también a las directivas anticipadas, que en definitiva suponen el consentimiento o rechazo anticipado de un tratamiento médico, y requiere de información previa que lo motive.