

## SUMARIO

P. 2 Nota del Editor.

P. 3 Metas en Seguridad del  
Paciente.

P. 5 Riesgos médico legales en  
la cirugía de catarata.

P. 7 Implicancias médico legales  
e impacto socio cultural  
sobre la donación de  
órganos.



# GUARDIA • 24

## Nota del Editor



### Estimados Asegurados:

En el presente número, hemos decidido hacerles algunos aportes sobre las metas 2016 sobre Seguridad del Paciente.

Asimismo, queremos hacerles algunas consideraciones, desde el punto de vista médico legal, sobre los riesgos potenciales en la cirugía de catarata, dado que esta práctica constituye el primer motivo de reclamos en la especialidad de oftalmología.

Finalmente les acercamos algunas reflexiones sobre las implicancias médico legales en la donación de órganos.

Esperando que sean de vuestro agrado, les reiteramos que pueden enviarnos sus inquietudes y solicitar temas de su interés, a nuestra casilla de correo electrónico.

Los saluda atte.

### **Dr. Horacio E. Canto**

*Gerente de Servicios Médicos y RC Profesional  
SMG Cía Argentina de Seguros  
Swiss Medical Group*



LÍNEA "ON LINE 24 HS":  
(011) 154-949-4592, Dr. Susman  
(011) 153-843-5614, Dra. Remis

LÍNEA DIURNA:  
(011) 5239 - 7933  
Dr. Ricardo Susman: 12 a 18 hs.

E-MAIL: [guardia24@smg.com.ar](mailto:guardia24@smg.com.ar)

# Metas en Seguridad del Paciente

**Dr Horacio E. Canto**

Gerencia de Servicios Médicos y RC profesional  
SMG Cía. Argentina de Seguros

La preocupación por la seguridad del paciente en los servicios sanitarios no es un tema nuevo, ya que los primeros estudios datan de 1950, pero lo cierto es que desde que el Instituto de Medicina de los Estados Unidos publicó el libro «Error es humano: construyendo un sistema de salud más seguro» en 1999, el problema ha adquirido una dimensión mundial y se ha incorporado a las agendas políticas y al debate público.

Desde entonces, no sólo los gobiernos sino también las organizaciones internacionales han desarrollado iniciativas para apoyar estrategias tanto nacionales como internacionales que contribuyan a la mejora de la seguridad de los pacientes en todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en la 55 Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en Ginebra en el 2002, aprobó la resolución WHA55.18 en la que se insta a los estados miembros a prestar «la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente» y a establecer y consolidar «sistemas de base científica, necesarios para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención de la salud, en particular la vigilancia de los medicamentos, el equipo médico y la tecnología». En dicha resolución los estados miembros de la OMS pedían a la Organización que tomara la iniciativa para definir normas y patrones mundiales, alentar la investigación y apoyar el trabajo de los países para concebir y poner en práctica normas de actuación concreta. En la Asamblea Mundial del 2004 se acordó organizar una Alianza Internacional para La Seguridad de los Pacientes que fue puesta en marcha el 27 de octubre de ese mismo año.



El programa de la Alianza incluye una serie de medidas consideradas clave. A la iniciativa de la OMS han seguido en el 2005 las de la Comisión Europea y del Consejo de Europa. El 5 de abril del 2005, la Comisión Europea y la Dirección General de Salud y Protección del Consumidor consensuaron la declaración «Patient security: making it happen», en la que se recomienda a las instituciones europeas:

- a) La creación de un foro de discusión en el que todos los estamentos implicados puedan evaluar las actividades tanto nacionales como internacionales;
- b) Trabajar conjuntamente con la Alianza de la OMS para lograr un acuerdo en temas de seguridad de pacientes y crear un banco europeo de soluciones con estándares y ejemplos de buena práctica;
- c) crear la posibilidad de establecer mecanismos que apoyen iniciativas a escala nacional teniendo en cuenta que el programa de la seguridad del paciente se encuentra dentro de la Dirección General de Salud y Protección del Consumidor;
- d) Asegurar que las directivas y recomendaciones de la Unión Europea (UE) relacionadas con los productos médicos tienen en consideración la seguridad del paciente;
- e) Favorecer el desarrollo de estándares internacionales aplicables a la tecnología médica, y
- f) Asegurar que los marcos reguladores de la UE mantienen la privacidad y confidencialidad de los pacientes, a la vez que permiten a los profesionales el acceso a la información necesaria.

El Consejo de Europa, asimismo, organizó otra reunión el 13 de abril de 2005 en Varsovia, con todos sus estados miembros, que concluyó con la «Declaración de Varsovia sobre la Seguridad de los Pacientes. La seguridad de los pacientes como un reto europeo». En ella se aconseja a los países que acepten el reto de abordar el problema de la seguridad de los pacientes a escala nacional mediante: a) el desarrollo de una cultura de la seguridad del paciente con un enfoque sistémico y sistemático; b) el establecimiento de sistemas de información que apoyen el aprendizaje y la toma de decisiones, y c) la implicación de los pacientes y de los ciudadanos en el proceso.

Reflejando la preocupación sobre el tema la Joint Commission de los Estados Unidos de Norteamérica ha publicado en los últimos años las Metas Nacionales de Seguridad del Paciente. Con el propósito de resaltar las temáticas motivo de mayor preocupación, transcribiré las publicadas para el año 2016.

### Metas hospitalarias nacionales sobre Seguridad del Paciente (Joint Commission):

- **Identificar correctamente a los pacientes.**

Use por lo menos dos maneras de identificar a los pacientes. Por ejemplo utilizar el nombre y la fecha de nacimiento. Esto se hace para estar seguros que cada paciente reciba una correcta atención y tratamiento. Asegúrese que el paciente correcto reciba la sangre correcta cuando recibe una transfusión.

- **Mejorar la comunicación entre el staff.**

Brinde los resultados de tests importantes a la persona correcta en el momento justo.

- **Utilice los medicamentos en forma segura.**

Antes de un procedimiento, etiquete los medicamentos que no lo están. Por ejemplo, medicamentos en jeringas, tazas y tazones. Haga esto en el área en donde los medicamentos y suministros se preparan. Tome especial cuidado en paciente que reciben anticoagulantes.

Registre y transmita información correcta sobre los medicamentos de un paciente. Averigüe qué medicamentos toma el paciente. Compare esos medicamentos a los nuevos medicamentos que se administran al paciente. Asegúrese de que el paciente conoce qué medicamentos tomar cuando está en su casa. Dígale al paciente que es importante que traiga la lista actualizada de los medicamentos en cada visita a un médico.

- **Utilice las alarmas en forma segura.**

Haga mejoras para garantizar que las alarmas en equipos médicos sean escuchadas y respondidas a tiempo

- **Prevenga infecciones.**

Utilice las pautas de limpieza de manos de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades o la Organización Mundial de la Salud. Establezca metas para mejorar la limpieza de las manos. Utilice las metas para mejorar el lavado de manos.

- Utilice las guías probadas para prevenir infecciones que son difíciles de tratar.
- Utilice las guías probadas para prevenir la infección de la sangre desde vías centrales.
- Utilice las guías probadas para prevenir infecciones después de la cirugía.
- Utilice las guías probadas para prevenir las infecciones del tracto urinario que son causadas por los catéteres.

- **Identifique los riesgos de seguridad del paciente.**

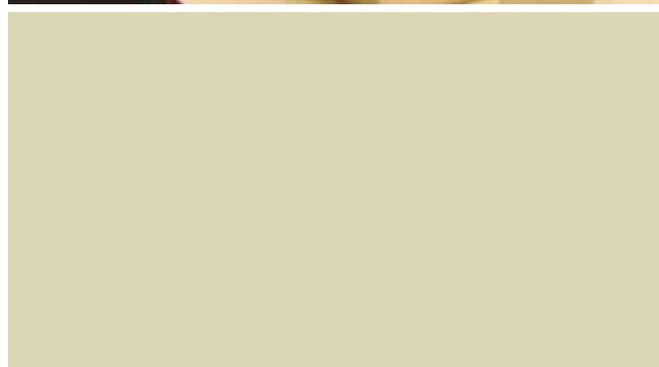
Averigüe qué pacientes tienen más probabilidades de intentar suicidarse.

- **Prevenga errores en cirugía.**

Asegúrese de que la cirugía correcta se realiza en el paciente correcto y en el lugar correcto en el cuerpo del paciente. Marque el lugar correcto en el cuerpo paciente, donde la cirugía será hecha.

Haga una pausa antes de la cirugía para asegurarse de que no se ha cometido un error.

En síntesis, la seguridad de los pacientes es un tema que ha preocupado en los últimos años, existiendo consenso a nivel internacional que el cumplimiento de distintas medidas preventivas, sin lugar a dudas, no sólo permitirá mejorar la calidad de la atención, sino que disminuirá la morbilidad de los pacientes que deben ser internados en una institución de salud.



# Riesgos médico legales en la cirugía de catarata

**Dr. Ramón Galmarini**

*Médico Legista*

*Especialista en Oftalmología*

La cirugía de cataratas es hoy la práctica quirúrgica oftalmológica que más se realiza en el mundo y la que obtiene el mayor porcentaje de individuos que recuperan una buena visión útil. También es la cirugía que todo médico residente que se inicia en la especialidad, quiere aprender, practicar y dominar. Es, además, la que más adelantos tecnológicos tuvo en estos últimos años y a la que se destinan mucho tiempo y dinero en investigación y para seguir desarrollando técnicas, instrumental, lentes intraoculares, etc., que continúen mejorando lo que hace cuatro décadas parecía imposible: la recuperación visual con una lente intraocular.

Al mismo tiempo, es la cirugía oftalmológica de la que los pacientes esperan una excelente recuperación visual y en la que no imaginan malos resultados ni complicaciones. Pero sabemos que en la actualidad es imposible pretender ejercer nuestra profesión de médicos sin conocer que todos los actos médicos presentan complicaciones y que una de las peores complicaciones –si no la peor– es el “juicio de mala praxis”.

La cirugía de catarata es la causa más frecuente de reclamos legales en oftalmología como puede apreciarse en el siguiente cuadro, basado en estadística personal<sup>1</sup>:

## Incidencia de demandas según patología ocular

- **Catarata: 31,5%**
- Retina (DR-DBT-CE-TRAUMA): 26,5%
- Refractiva (Lasik-Anillos-Incisional): 24%
- Glaucoma: 8%
- Córnea: 4%
- Oculoplastia (Párpados-Pterigion-Órbita): 3%
- Otros (Anestesia-Nervio Óptico-Conjuntiva-Anteojos): 3%

Independientemente de que actuemos en forma correcta y de acuerdo con las normativas, la posibilidad de enfrentar un juicio de responsabilidad profesional es un riesgo instalado, ya que cualquier persona que no consiga el resultado esperado o se sienta maltratada tiene el derecho legal de litigar contra el médico. Es en estos casos en los que debemos conocer mínimamente una serie de leyes y reglamentaciones que disminuyen el riesgo de sufrir un juicio de responsabilidad profesional o, en caso de no poder evitarlo, son de gran utilidad para salir airosos de esa incómoda situación. La más importante es la Ley 26.529

del año 2009, sobre “Derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado”. En ella se nos indica la importancia médico legal que tiene la historia clínica completa y la obligación del consentimiento informado. Con esa documentación médica completa podremos demostrar en forma rápida y clara que nuestra conducta no se apartó de las normas y procedimientos a nuestro alcance.



<sup>1</sup>Se evaluaron 502 casos en forma retrospectiva en el período 2003-2012, actuando como perito de oficio, consultor técnico o asesor de médicos oftalmólogos, centros oftalmólogos, obras sociales, hospitales y compañías de seguros, desempeñándome de médico oftalmólogo legista.

Entonces, realizar una Historia Clínica completa, legible, objetiva y contemporánea a los hechos no solo es nuestra obligación, sino que es una necesidad, ya que “lo que está escrito en la historia clínica es la fuente de evidencia más importante para jueces y peritos” y también “lo que no se documentó en la historia clínica, no se realizó”. Por lo tanto debemos asentar en la historia clínica todo lo necesario desde lo médico y desde lo legal, que en el caso específico de la cirugía de catarata debe tener: agudeza visual previa, descripción de la catarata, presión intraocular, patologías asociadas, dilatación del iris, fondo de ojo, posibilidades de recuperación visual y valor de la lente intraocular a colocar. También es muy importante anotar, previo a la cirugía, que se le explicaron al paciente las siguientes cuestiones: motivo de cirugía, técnica quirúrgica, posibilidades, riesgos, complicaciones más frecuentes. Se debe incorporar asimismo la aclaración de que firmó el consentimiento informado en la fecha en que lo hizo y la medicación prequirúrgica que se indicó. La cirugía realizada debe figurar en la fecha correspondiente y posteriormente debe constar si existió alguna complicación, su evolución, la medicación indicada, el estado oftalmológico y la agudeza visual.

Hoy no se puede realizar una cirugía o procedimiento invasivo sin el respectivo consentimiento informado. Se reitera, este consentimiento no solo es útil y necesario: es obligatorio y tiene igual importancia legal que la historia clínica. El consentimiento informado se define como la “declaración de voluntad suficiente, efectuada por el paciente luego de recibir información clara, precisa y adecuada respecto a: estado de salud, procedimiento propuesto, beneficios esperados, riesgos, molestias y efectos adversos previsibles; así como procedimientos alternativos y consecuencias previsibles por NO realización”. Su instrumentación se debe realizar por escrito en caso de “internación, intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos, procedimientos que impliquen riesgos, y/o para su revocación”.

La firma es imprescindible. Sin duda es uno de los documentos médicos más importantes que debemos tener archivado como acción preventiva. Y, en este sentido, siempre la mejor prevención es actuar correctamente –buena praxis–, tener una buena relación con nuestros pacientes y sus familiares y contar con toda la documentación médica.

El consentimiento informado –con su debida firma– integra esa documentación, junto con la historia clínica completa, el protocolo quirúrgico correctamente completado con la etiqueta de la lente intraocular y los estudios complementarios archivados o volcados a la historia clínica.

Dentro de las complicaciones de la cirugía de catarata la causa que genera más reclamos es sin dudas la endoftalmitis. Es por esto que es muy importante que en la historia clínica se asiente el uso de antibióticos y que en el protocolo quirúrgico se documente el uso de iodopovidona y campo quirúrgico adhesivo estéril.

A continuación, se mencionan las complicaciones de la cirugía de catarata que generan más reclamos legales:

- ENDOFTALMITIS
- Problemas refractivos (error LIO - astigmatismo - refracción postquirúrgica).
- Desprendimiento de retina.
- Rotura de cápsula posterior con luxación del núcleo.
- Descompensación corneal.
- Maculopatía.
- Hemorragia (coroidea - retrobulbar).
- Neuropatía (traumática o isquémica).

No hay que olvidarse las situaciones en que el riesgo médico legal aumenta en la cirugía de la catarata, entre las que las más importantes son las siguientes:

- La cirugía de cristalino claro aumenta el riesgo, ya que se evalúa como DAÑO (visión previa vs visión posterior).

- El uso de determinados lentes intraoculares debe conversarse con los pacientes para aconsejarlos en la decisión y volcarlo en la historia clínica. (ventaja del plegable monofocal o de un multifocal, etc.).

- La refracción postoperatoria tiene repercusión legal (error en el valor dióptrico - astigmatismo residual).

- Ojo único (porque en caso de tener una complicación importante puede determinar ceguera o mayor porcentaje de incapacidad).

- CIRUGÍA BILATERAL (NO aconsejada. Puede en caso de endoftalmitis bilateral ser considerada como “imprudencia”).

- Drogas o instrumental NO aprobados.

- Falta de Consentimiento Informado (Ley 26529).

Por último, debemos considerar a la prevención como el mejor y único medio para disminuir el riesgo médico legal en la cirugía de catarata, siendo las principales medidas de prevención las siguientes:

- Buena praxis.
- Buena relación médico - paciente.
- **Documentación:**
  - Historia clínica.
  - Consentimiento informado.
  - Protocolo quirúrgico.
  - Seguro profesional.
  - Asesoramiento oftalmólogo legista.

# Implicancias médico legales e impacto socio cultural sobre la donación de órganos

**Dr. Rodrigo Córdoba**

Gerencia de Riesgo y Calidad Médica  
Swiss Medical Group

## Introducción

El enfoque del siguiente artículo no pretende discutir el proceder diagnóstico minucioso de la Muerte Encefálica (ME), ya que consideramos que dicho procedimiento está claramente establecido, es conocido y llevado a cabo correctamente por los profesionales de la salud que participan diariamente de las unidades de cuidados intensivos y, de aquellos quienes integran el grupo de trabajadores de la salud y del ente que regula la ablación y el trasplante de órganos en nuestro país; no obstante, de todos modos plasmaremos aspectos generales del mismo. Haremos referencia entonces al conocimiento de las normativas respecto a los aspectos legales y el impacto socio cultural de la Muerte bajo criterios neurológicos (MBCN).

Si bien el diagnóstico de MBCN, está claramente establecido y contemplado dentro del terreno jurídico en conjunto con sus modificaciones implementadas en los últimos años, aún en estos tiempos, continúa generando controversias, no solo a nivel socio-cultural, sino también en el ámbito profesional.

A pesar de los conocimientos científicos y los conceptos legales, es difícil no encontrar opiniones dispares en la actividad médica cotidiana dentro de las diversas especialidades, lo cual motiva una situación aún más disímil en el entorno social. Esta situación, siembra dudas, genera mitos y desconfianza en ambas esferas.

La donación de órganos en nuestra sociedad se ha ido incrementando con el transcurso de los años, no obstante cada caso individual se desarrolla de una manera particular que merece un análisis independiente. Es de real importancia considerar que siempre que exista la posibilidad de la ablación y el implante de órganos que dará la posibilidad de subsistencia a una vida, será indefectiblemente a causa de la pérdida de otra. Cualquiera de estos casos no se alejan de la tensión y el dolor de los afectos más cercanos. Esta situación amerita no solo el respeto y comprensión por los profesionales tratantes sino también la obligación de los mismos de proceder de manera correcta y responsable en cada uno de los aspectos que implica el operativo.

Para que este procedimiento pueda ser llevado a cabo ciertas condiciones son necesarias desde una perspectiva científica, legal así como también desde el enfoque social. Este "triángulo" que se entiende como fácil de ensamblar, es el que genera habitualmente mayor dificultad para llevar a cabo el proceso de manera precisa.

## Muerte bajo criterios neurológicos.

### Sospecha y confirmación diagnóstica. Rol del médico Intensivista. Ente regulador.

El ente regulador que impulsa, coordina y fiscaliza las actividades de donación, ablación e implante de órganos y tejidos en nuestro país es el INCUCAI (Instituto Nacional Central Único de Ablación e Implantes), y funciona en forma conjunta con todas las entidades y los profesionales de la Salud, tanto en el ámbito público como privado de nuestro país.

En la actividad cotidiana, el médico especialista en Cuidados Intensivos, frecuentemente afronta pacientes que desarrollan independientemente de la patología en curso, signos clínicos compatibles con el diagnóstico de MBCN. En tal caso es de carácter obligatorio, la comunicación por parte de los especialistas al INCUCAI, notificando que en su unidad se encuentra un paciente con la posibilidad de que desarrolle o haya desarrollado signos clínicos compatibles con el diagnóstico de MBCN; activando de esta manera el circuito de evaluación a cargo de dicho ente regulador, con potencial diagnóstico y la eventual ablación con futuro implante de órganos y tejidos dependiendo de otros factores que más adelante entraremos en detalle.

El médico de Terapia Intensiva recibirá las indicaciones necesarias a través del colega desde el centro de guardia del INCUCAI durante los 365 días del año las 24hs de cada día. Este último es quien decidirá en base a lo expuesto por el Intensivista si el paciente cumple con los criterios necesarios para ser evaluado y el momento de dicha evaluación. Si así lo considerasen, serán los especialistas del INCUCAI quienes se presentarán en el centro que realizó la denuncia a tales fines. Dicha comunicación debe quedar registrada en la historia clínica.

En forma paralela, se abre un camino análogo para el médico tratante. La información que brindará a la familia del paciente respecto a los pasos a seguir ante la evolución del paciente con signos clínicos de MBCN. En este período



y en forma simultánea a las pruebas realizadas por los especialistas, se comunicará a la familia la realización de los test correspondientes determinados a evaluar si el paciente presenta MBCN. Al mismo tiempo se abordará en detalle la posibilidad de la ablación de órganos, según se considere viable, dependiendo de la voluntad del fallecido según la legislación vigente.

Será el equipo del INCUCAI el encargado de confirmar o descartar el diagnóstico con la comunicación posterior a los familiares del paciente fallecido pudiendo participar en dicha notificación, de acuerdo al caso, el médico intensivista.

Una vez realizado el diagnóstico, el paciente es declarado fallecido con horario de la primera evaluación del personal responsable del ente regulador, y se deberá confeccionar la documentación de lo anteriormente mencionado. Este ítem es fundamental y lo abordaremos con el correr del artículo en forma específica.

#### **Diagnóstico de muerte bajo criterios neurológicos.** **Aspectos médicos. Certificación de muerte.**

La entidad pertinente (INCUCAI) deberá constatar la MBCN mediante un examen clínico-neurológico detallado con estudios complementarios que, como bien menciona su propio

nombre integrarán, de ser positivas las pruebas realizadas, el diagnóstico de muerte encefálica. Cabe destacar entonces que el diagnóstico de MBCN es inicialmente clínico.

Un pilar fundamental en el proceso de diagnóstico es la realización del Test de Apnea, el cual otorgará datos de importancia que en conjunto con el examen clínico y la participación de los especialistas que realicen los estudios complementarios aportarán los datos necesarios para la confirmación del mismo.

Entre los estudios complementarios anteriormente mencionados citamos: Electroencefalograma (EEG), Potenciales Evocados Multimodales, Angiografía de vasos intracraneales, Ecodoppler Transcraneal (ETC), entre otros.

La muerte diagnosticada bajo criterios neurológicos es la que rige las condiciones previstas por la Ley 24193, Art. 23, en el cual consta que el fallecimiento de una persona se considerará tal cuando se verifique de modo acumulativo los siguientes signos que deberán persistir ininterrumpidamente en un tiempo de seis (6) horas: ausencia irreversible de respuesta cerebral con pérdida absoluta de la conciencia, ausencia de respiración espontánea, ausencia de reflejos cefálicos y constatación de pupilas fijas no reactivas, inactividad encefálica corroborada por medios técnicos y/o instrumentales adecuados a las diversas situaciones clínicas cuya

nómina será actualizada por el Ministerio de Salud y Acción social con el asesoramiento del INCUCAI.

Se realizará entonces un nuevo examen clínico-neurológico a las seis (6) horas de la primera evaluación con el cual se concluirá el diagnóstico.

Así el compromiso neurológico irreversible y definitivo no da posibilidad a recuperación.

Es de real importancia conocer los diagnósticos diferenciales tales como: coma, estado vegetativo, estado mínimo de conciencia, mutismo akinético o síndrome de enclaustramiento.

### **Confección del acta de certificación de MBCN y del certificado de defunción.**

Existen dos tipos de escritos que constituyen la documental médica a efectuar en los casos en que se arribe al diagnóstico de MBCN. Estos son: (a) el acta de certificación de muerte encefálica cuya confección estará a cargo del personal médico del ente regulador. La certificación del fallecimiento deberá ser suscripta por dos (2) médicos, entre los que figurará por lo menos un neurólogo o neurocirujano. Ninguno de ellos será el médico o integrará el equipo que realice ablaciones o implantes de órganos del fallecido (Art. 24) y (b) el propio certificado de defunción del cual será responsable el médico intensivista.

Una vez certificada la defunción para la confección de la documental deberá considerarse como horario de defunción el de la primera evaluación clínico neurológica.

### **Intervención del médico legista:**

Ante la situación no infrecuente de estar ante un caso judicializado o con Intervención Policial por distintas circunstancias que así lo justifiquen (homicidio, politraumatismos, muerte violenta, etc.), el INCUCAI informará al juzgado que entiende en el caso que existe un paciente en condiciones determinarse su MBCN. Este será el encargado de designar un médico legista; quien informará si es viable la ablación por afirmativa (plena o parcial) o negativa plena, según a su criterio influirá o no ante una eventual investigación. Art. 22.

### **Aspectos médico-legales. Legislación vigente.**

La Ley que rige el trasplante de órganos y tejidos en nuestro país es la N° 24.193 sancionada en el año 1993, promulgada ese mismo año y reglamentada en 1995 mediante el decreto N° 512/95. La misma fue modificada en el año 2005 por la Ley N° 20.066, y esta reglamentada en el siguiente año a través del decreto N° 1949/06.

***Es de carácter obligatorio, para todo médico que tome conocimiento de signos clínicos compatibles con el desarrollo de MBCN, la denuncia pertinente hacia la autoridad competente; así como también lo es el diagnóstico de una enfermedad susceptible de ser tratada mediante un implante.***

La ablación de órganos y tejidos para su implantación de cadáveres humanos a seres humanos y de seres humanos entre sí, se rigen en todo el territorio de la república por la normativa supra mencionada; exceptuando tejidos renovables o separables del cuerpo humano con la salvedad de obtención y preservación de tejidos hematopoyéticos y su posterior implante.

No deberá ser implementada de forma experimental; y debe efectuarse cuando las alternativas terapéuticas sean insuficientes o inconvenientes, sólo por el personal médico acreditado y en la institución habilitada.

La extracción de órganos o tejidos anatómicos en vida estará permitida sólo cuando:

- No causare perjuicio a la salud.
- Existan perspectivas de conservar o mejorar la salud del receptor.
- Sea la persona capaz mayor de dieciocho años quien podrá autorizar el procedimiento si el receptor es pariente consanguíneo o por adopción hasta el cuarto grado, cónyuge, o no cónyuge en convivencia conyugal con relación no menor a tres años reduciéndose a dos años con la existencia de hijos en común (Art. 14 y 15 Ley 24.193).

El concepto de manifestación expresa de la voluntad de donar se encuentra desarrollado dentro del Art. 19 de la Ley 24193 y sus modificatorias.

En este sentido toda persona podrá manifestar su voluntad, ya sea negativa o afirmativa con relación a la ablación o restricción de la ablación de sus órganos o tejidos y de condicionar la finalidad de los mismos (implante o estudio).

Esta será llevada a cabo en toda persona capaz mayor de dieciocho años que no dejara constancia expresa de su oposición (donante presunto). Si la persona fallecida fuese menor de dieciocho años no emancipado, sus padres o representante legal (exclusivamente) serán los encargados de autorizar la ablación de sus órganos o tejidos especificando el alcance de la misma. La falta de consentimiento de alguno de los padres excluirá la posibilidad de realizar el procedimiento. Se dará intervención al Ministerio Pupilar en ausencia de los mismos otorgándole la potestad de determinar la posibilidad o no de la donación.

La información brindada tanto a los donantes como a los receptores o a sus representantes legales, debe ser obligatoria, de amplio alcance, suficiente (completa), clara y adaptada a cualquier nivel socio-cultural. Esta información

tiene que ser manifestada con un lapso no menor a cuarenta y ocho horas, posibilitando la revocación de la decisión (consentimiento informado, Art.13 de la Ley 24.193).

Si la muerte fuera de causa natural y no existiese manifestación expresa alguna sobre la donación de órganos (sea afirmativa o negativa), corresponde consultar, sobre la última voluntad del causante respecto a la ablación de sus órganos en el orden establecido por la ley, a: cónyuge no divorciado que convivía con el fallecido o persona que sin ser su cónyuge convivía con el mismo en una relación de tipo conyugal en un período no menor a tres años en forma ininterrumpida, cualquiera de los hijos mayores a dieciocho años, cualquiera de los: padres, hermanos mayores de dieciocho años, nietos mayores a dieciocho años, abuelos, pariente consanguíneo hasta cuarto grado, pariente por afinidad hasta segundo grado, representante legal o tutor (Art.21).En el caso de existir controversia en los testimonios se procederá según dice la ley en su Art. 19 (bis).

Si la muerte fuera por causa violenta, la autoridad competente intentará ubicar a las personas anteriormente enumeradas que testimonien acerca de la voluntad del causante, debiendo dejar constancia además de los mecanismos utilizados para la comunicación en tiempo y forma. Art. 22.

Será el INCUCAI el encargado de dar destino al tejido ablacionado, así como también de informar al equipo de traslado los datos del, o de los receptores y el establecimiento asistencial a donde se dirige.

### Consideraciones finales

La Ley 24.193 homologa la muerte encefálica a los criterios cardiorrespiratorios del artículo 103 del Código Civil de Vélez Sarsfield; y de los artículos 93 y 94 del nuevo Código Civil y Comercial de la Nación, el cual entró en vigencia a partir del día primero de agosto del año dos mil quince (2015).

Por lo tanto es legalmente válido retirar el soporte vital en los casos de MBCN sin temor a ser juzgados a través de acciones médico-legales por parte de terceros.

El conocimiento legal sobre el significado de la MBCN y las implicancias de este concepto (ya establecido y anteriormente citado) son indispensables, no sólo en el orden médico sino en el ámbito socio-cultural, a efectos de concientizar sobre la labor de los profesionales de las unidades tratantes; tanto en el equipo que sospecha y denuncia, diagnóstica e informa, como los equipos que “entran en acción” una vez realizado el diagnóstico; quienes serán responsables de la ablación y posterior implante de órganos respectivamente, con el fin de dar continuidad a la vida de otra persona.

El respeto hacia todas y cada una de las partes, así como también la ética y la responsabilidad profesional, son pi-la-

res fundamentales para informar, concientizar y unir a la sociedad en un bien común, brindando de esta manera la posibilidad de prolongar la vida.



### BIBLIOGRAFÍA:

INCUCAI [www.incucai.gov.ar](http://www.incucai.gov.ar).

INFOLEG. Información Legislativa y documental, Ministerio de Economía y Finanzas Públicas de la Nación.

SATI. Sociedad Argentina de Terapia Intensiva.

Medicina legal y deontología médica. Primera cátedra de medicina Legal y Deontología Médica. Facultad de medicina UBA. Universidad de Buenos Aires (UBA).

Código Civil y Comercial de la Nación Argentina. Ley N° 24.193 y sus modificatorias.



## Aseguradora líder en Responsabilidad Profesional Médica

La División Servicios Médicos de SMG Seguros está compuesta por profesionales con amplia experiencia en el sector, lo que les permite entender las necesidades de las instituciones y de los profesionales asegurados.

### Plan Médicos

Integral Médico	20% de Descuento*
Seguro de Hogar	25% de Descuento*

(\*) Acceda a estos descuentos contratando su póliza de Praxis Médica



