



Una mirada bioética a la decisión del alta voluntaria de los pacientes en un hospital público de la ciudad de Córdoba. Argentina

Dora Elsa Felipoff.

Tesis - Maestría en Bioética -Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas.
Secretaría de Graduados en Ciencias de la Salud, 2021.

Aprobada: 26 de noviembre de 2021

Este documento está disponible para su consulta y descarga en RDU (Repositorio Digital de la Universidad Nacional de Córdoba). El mismo almacena, organiza, preserva, provee acceso libre y da visibilidad a nivel nacional e internacional a la producción científica, académica y cultural en formato digital, generada por los miembros de la Universidad Nacional de Córdoba. Para más información, visite el sitio <https://rdu.unc.edu.ar/>

Esta iniciativa está a cargo de la OCA (Oficina de Conocimiento Abierto), conjuntamente con la colaboración de la Prosecretaría de Informática de la Universidad Nacional de Córdoba y los Nodos OCA. Para más información, visite el sitio <http://oca.unc.edu.ar/>

Esta obra se encuentra protegida por una Licencia Creative Commons 4.0 Internacional



Una mirada bioética a la decisión del alta voluntaria de los pacientes en un hospital público de la ciudad de Córdoba. Argentina by Dora Elsa Felipoff is licensed under a Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional License.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Secretaría de Graduados

**UNA MIRADA BIOÉTICA A LA DECISIÓN DEL ALTA
VOLUNTARIA DE LOS PACIENTES EN UN HOSPITAL
PÚBLICO DE LA CIUDAD DE CÓRDOBA. ARGENTINA**

Dora Elsa Felipoff

**Directora de Tesis
Lic. Iris Alicia Maders
Magister en Bioética**

**Tesis presentada para optar al título de
Magister en Bioética**

2021

*“El hombre es un ser en relación, su vivir es un con-vivir:
con las cosas, las circunstancias y las personas”*

Hipócrates, 460-347 A.C.

“La Facultad de Ciencias Médicas no se hace solidaria con las opiniones de esta Tesis”

Dedicatoria

A mis padres por haberme enseñado el valor de la perseverancia.

Agradecimientos

A los pacientes que contaron sus vivencias.

A mi familia por su apoyo permanente.

Un agradecimiento especial para mi directora de tesis Lic. Iris Alicia Maders por su generosidad y entusiasmo.

Resumen

El alta hospitalaria es un acto privativo del médico, pero en la actualidad es una realidad la solicitud del alta en contra de la indicación médica o alta voluntaria por parte del paciente. Este trabajo parte de la necesidad de conocer cuáles son las razones que motivan la solicitud del alta voluntaria. Para ello, se entrevistaron a los pacientes internados en el Hospital Córdoba entre enero y diciembre del año 2020 que solicitaron el alta voluntaria. Algunos pacientes manifestaron razones personales, pero la mayoría la solicitó por situaciones percibidas como hechos de violencia institucional en el contexto de la internación. A partir de estos resultados se puede afirmar que la mayor apuesta es la visibilización de la violencia en el ámbito de la salud para lograr una transformación del sistema a través de una acción colectiva.

Palabras claves: alta voluntaria, violencia institucional, autonomía, relación médico-paciente.

Abstract

Hospital discharge is a private act of the doctor, but at present the request for discharge against the medical indication or voluntary discharge by the patient is a reality. This work is based on the need to know what are the reasons that motivate the request for voluntary discharge. To do this, patients admitted to Hospital Córdoba between January and December 2020 who requested voluntary discharge were interviewed. Some patients expressed personal reasons, but the majority requested it for situations perceived as acts of institutional violence in the context of hospitalization. Based on these results, it can be affirmed that the greatest bet is the visibility of violence in the health field to achieve a transformation of the system through collective action.

Keywords: voluntary discharge, institutional violence, autonomy, doctor-patient relationship.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	7
2. MARCO TEÓRICO	9
2.1 AUTONOMÍA.....	9
2.2 RELACIÓN MÉDICO – PACIENTE	15
2.3 COMUNICACIÓN	20
2.4 DIGNIDAD.....	22
2.5 VIOLENCIA INSTITUCIONAL	29
3. OBJETIVOS	32
4. METODOLOGÍA	32
5 RESULTADOS	34
6 DISCUSIÓN	41
8 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46

1. INTRODUCCIÓN

El origen histórico del término Bioética, corresponde al alemán Fritz Jahr, quien en 1927 usó el término *Bio-Ethik* en un artículo sobre la relación del ser humano con los animales las planta, concentrándolo en el siguiente imperativo moral: *“Respetar por principio a cada ser viviente como un fin en sí mismo y tratarlo, de ser posible, como a un igual”*. Por otra parte, Potter concibe la bioética como una nueva disciplina que debería construir un “puente” entre los conocimientos biológicos y el conocimiento de los valores humanos dada la brecha existente entre ambos. (Casillas González, 2017)

Pero la bioética no surge del vacío, al contrario, nace a finales de 1950 a partir de hechos puntuales que afectaron a la humanidad como son el progreso científico-técnico y los cambios culturales y políticos con la reivindicación de la autonomía personal y de los derechos humanos, dando lugar a la primera "carta de derechos de los pacientes" (1973). El impacto producido por los abusos de la investigación científica desde principios del siglo XX, en particular durante la época nazi, llevaron a incluir en el artículo 1 del Código de Nüremberg el consentimiento voluntario del sujeto humano como absolutamente indispensable. A este hecho se le sumó el crecimiento gradual de una preocupación ética generalizada por la vida en todas sus esferas, tanto la de los seres humanos como la del resto de los seres vivos y la del planeta Tierra. (González Quintana, 2000)

La bioética ha tenido un recorrido histórico corto, ha evolucionado gracias a las complejidades de su carácter pluridisciplinario y a la velocidad de los adelantos tecnológicos y científicos en la biomedicina. Se ha enriquecido con códigos, declaraciones (Declaración Universal de los derechos humanos, Declaración de Oslo, Declaración de Helsinki-Tokio, etc.), y principios (Molina Ramírez, 2013). El debate sobre los principios de la bioética se inicia en el año 1974, referidos a las cuestiones éticas surgidas en el ámbito de la investigación clínica, y más concretamente en la experimentación con seres humanos. Así surge en 1978 el informe Belmont donde se distinguen tres principios éticos básicos: respeto por las personas, beneficencia y justicia. Tom L. Beauchamp y James F. Childress, en su famoso libro *Principios de ética biomédica*

—publicado por primera vez en 1979 —, reformulan estos principios para ser aplicados a la ética asistencial y proponen cuatro principios básicos: no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia. (Siurana Aparisi, 2010).

A pesar de la aparente igualdad de importancia de estos cuatro principios la historia reciente de la bioética está presidida por una enorme preponderancia de todo lo que tiene que ver con el principio de autonomía, la defensa de la autonomía del enfermo es una gran conquista de la ética médica. Significa respetar la capacidad de las personas para tomar decisiones, está unida con la libertad de acción independiente de influencias y con la capacidad de actuar intencionadamente. Reconoce la dignidad humana y su piedra angular es el consentimiento informado, un proceso que se da dentro de las relaciones terapéuticas dinámicas, cuyo objetivo es construir un ambiente propicio para que las elecciones del paciente se tomen libremente. De esta manera se protege el derecho a la autodeterminación y se capacita al paciente para que tome una decisión informada. El rechazo de tratamientos o la solicitud del alta voluntaria son las manifestaciones más objetivas de la autonomía del paciente (Molina Ramírez, 2013) (Puyol, 2012)

En un recorrido de las estadísticas de un hospital público sobre las solicitudes de alta voluntaria y/o rechazo al tratamiento, sorpresivamente, el número de pacientes fue muy alto. ¿La mejor protección de la voluntad de los enfermos se logra con la aceptación sin cuestionamientos de sus preferencias declaradas? ¿O por el contrario debemos considerar que los enfermos debido a su estado de salud y a su falta de conocimientos suficientes sobre los asuntos médicos no son los mejores intérpretes de sus intereses? Las presiones externas pueden provenir del entorno del paciente, de la sociedad en general, o de los propios profesionales, los enfermos por la situación en la que se encuentran no siempre reflejan sus verdaderas preferencias.

2. MARCO TEÓRICO

Con la finalidad de refrescar nuestros conocimientos propongo revisar algunos términos. Es muy importante para este trabajo referirnos a la autonomía, la dignidad, la relación médico paciente, la comunicación y la violencia institucional.

2.1 AUTONOMÍA

“¡Ten el valor de servirte de tu propio entendimiento!”

Immanuel Kant

La esencia de la bioética es la vida; ha sobrepasado la mera relación médico-paciente y se ha comprometido con la reflexión, el debate y las recomendaciones éticas sobre los problemas de la vida del ser humano y todo su entorno. Kant nutre a la bioética con ideas sobre la autonomía y la dignidad de las personas al declarar que “La autonomía es, pues, el fundamento de la naturaleza humana y de toda naturaleza racional” (Molina Ramírez, 2013)

La reflexión bioética se basa en dos principios fundamentales, el respeto a la vida y el respeto a la autodeterminación de la persona. Mientras que la autonomía de la persona es la base del principio de la autodeterminación y su reconocimiento está en la raíz de la democracia: todos los ciudadanos son iguales. El reconocimiento del principio de la autodeterminación es fundamental ya que ayuda a impedir que una persona explote a otra o la trate a su capricho. (Duran, 1992). Una de las genialidades de Kant fue elaborar un principio por el cual cada persona se obedece a sí misma, se autolegisla. Es la base de la dignidad de la naturaleza humana y la de toda naturaleza racional. Se refiere a la capacidad, inherente en todos los agentes racionales, de actuar libremente en base a la razón e independientemente de nuestros deseos. La autonomía es la libertad de elección y, por lo tanto, la base de las obligaciones morales que pueden expresarse como imperativos categóricos (Luna, 2008)

La teoría de los principios se expuso en 1979 en el libro Principios de Ética Biomédica y fue traducida al español en el año 1999 en su cuarta edición. Beauchamp y Childress proponen cuatro principios: autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia. En la mayoría de las circunstancias, los principios no se

contraponen, pero puede ocurrir que lo hagan. Esto se ve ilustrado, por ejemplo, en el conflicto que se da entre la autonomía y el bien público que supone la vacunación obligatoria. (Luna, 2008)

La autonomía es una competencia que permite que las personas reflexionen críticamente, consideren su conducta y vivan en armonía con su yo auténtico. Pero el yo es dinámico, los valores y compromisos que las personas poseen y con los cuales se identifican cuando ejercen su autonomía son resultado de su socialización, pueden variar según las circunstancias (Salles, 2008). La autonomía del ser humano no es ilimitada, experimenta distintos grados y registros de desarrollo (Francesc, 2000). No es una propiedad categórica (presente o ausente), sino más bien una propiedad gradual y cambiante que depende de ciertos prerequisites biológicos y sociales (Valero, 2016) El purismo moral kantiano reconoce la autonomía como manifestación de la dignidad humana. (Kant, 1983). La persona no tiene autonomía cuando está manipulada o coaccionada, solo ella puede controlar todos los aspectos de su vida, muchas veces se justifica el papel paternalista del estado para prevenir la pérdida de autonomía, mejorar las opciones y oportunidades de las personas dando educación, sanidad y políticas favorables. (Martínez Muñoz, 2007)

El término autonomía deriva de los vocablos griegos **αὐτός** (propio, por uno mismo) y **νόμος** (ley-regla). Se entiende por autonomía aquella capacidad que tiene un individuo o una parte de la sociedad de auto determinarse, Aristóteles ya habla del concepto de naturaleza del ser vivo, como del principio de acción propio de todo ser mediante el cual es capaz de obrar por sí mismo, autónomamente. Para que exista la autonomía son condiciones indispensables la deliberación racional y la elección libre. Su uso en bioética se inició aproximadamente en la década de los setenta, en contraposición al modelo paternalista que hasta entonces había predominado en medicina. (Postigo Solana, 2016). Obedeció a una fuerte presión social que reivindicaba el protagonismo y la toma de decisiones de la gente en el ámbito de la salud, y también a una serie de malas prácticas en diversas experimentaciones con seres humanos, que despertaron un gran malestar e indignación en una población muy sensibilizada tras las atrocidades que se cometieron a lo largo de la Segunda Guerra Mundial. La autonomía entró en bioética en buena medida de la mano de

la ética de la investigación y en general como una obligación negativa, que demanda a los profesionales evitar abusos y «respetar» la soberanía de aquellas personas con las que trabajan. (Valero, 2016).

Frente a los excesos del autonomismo que, en muchos casos, constituye una reacción al paternalismo despótico, es necesario reubicar de nuevo el principio de autonomía para evitar su uso inadecuado y que de esta forma no vulnere no sólo el principio de beneficencia sino el mismo principio de autonomía y de no-maleficencia.

La defensa del principio de autonomía presupone el conocimiento de sus límites y de su alcance. La autonomía humana jamás es puramente autónoma, ya que intervienen distintos factores. Además, no es estática, sino dinámica, experimenta grados de desarrollo diferentes en función de la madurez psicológica y ética del individuo en cuestión. Esto significa que no puede delimitarse fácilmente el sujeto heterónomo del sujeto autónomo porque, en muchas circunstancias, es una cuestión de grado y no un salto cualitativo. (Francesc, 2000)

La protección ideal de la autonomía dista mucho de ser la práctica real a la que se enfrentan todos los días enfermos y profesionales. La defensa de la autonomía debe ir acompañada de un paternalismo razonable que tenga como fin la promoción de la autonomía real de las personas más vulnerables. Este tipo de paternalismo no solo no contradice el principio de autonomía, sino que resulta ser una de sus condiciones. Muchas veces es saber discernir cuándo el paternalismo sirve a la autonomía y cuándo únicamente a los intereses de quien lo ejerce. Este problema bioético no se resuelve ni ignorándolo ni reduciéndolo a una defensa incondicional de las preferencias declaradas de los enfermos socialmente más vulnerables. (Puyol Á. , 2012)

La noción de autonomía humana depende de condiciones culturales y sociales. Para ser nosotros mismos, nos hace falta aprender un lenguaje, una cultura, un saber, que sean lo suficientemente amplios para que podamos hacer, nosotros mismos, la elección dentro del surtido de ideas existentes y reflexionar de manera autónoma. (Morin, 1995)

La condición humana es una condición ambigua porque en su obrar cotidiano pueden detectarse claramente elementos autónomos y elementos heterónomos. Un sujeto actúa de forma heterónoma cuando en el actuar no obedece a su propia ley, sino a una ley ajena, que el sujeto asume de forma personal. La autonomía humana jamás es puramente autónoma, puesto que en la construcción de la identidad personal y del juicio intervienen distintos factores. Tampoco es utópicamente autónoma, ya que sería así si es completamente ajena a cualquier influencia exterior y a cualquier determinación interna. Podríamos decir que es una autonomía real ya que a pesar que responde a una decisión propia y reflexionada tiene elementos de heteronomía. El ser humano absorbe, como miembro que es de una comunidad y de una cultura, un conjunto de normas, de criterios, de términos, de tradiciones, de mitos y símbolos que condicionan extraordinariamente el ejercicio de la propia autonomía. (Francesc, 2000)

Es importante alertar sobre este creciente recurso a la autonomía, que pretende aceptar de forma acrítica cualquier práctica, con tal de que sea libremente aceptada por el sujeto y no perjudique a terceros. Hay una hipertrofia del principio de autonomía en determinados contextos, particularmente el bioético, esto puede resultar claramente perjudicial para las personas, ser contrario a sus intereses, a su dignidad, y a su propia autonomía y libertad.

Para los defensores a ultranza de la autonomía, el Estado no debe emitir juicios sobre lo que es beneficioso o perjudicial para una persona, sino más bien mantener una posición aséptica, que no interfiera en las elecciones libres de cada individuo, entienden que nadie mejor que el propio individuo sabe lo que le conviene. Es preciso añadir que la ampliación de la autonomía no resulta perjudicial tan sólo para quien decide elegir nuevas opciones dudosamente concordes a su dignidad, sino también, y fundamentalmente, para quien prefiere no tomarlas; las presiones sociales para asumir una determinada opción – inexistentes mientras dicha opción estaba prohibida–, pueden resultar una pesada carga sobre los hombros de ciertas personas, especialmente de quienes se encuentren en situaciones de vulnerabilidad.

La autonomía personal está condicionada por múltiples factores que no pueden ser, sencillamente, obviados. En efecto, la situación ideal en la que un ser humano adulto y competente toma una decisión libre y autónoma, al margen de presiones e intereses, no pasa de ser en muchos casos una utopía. (Otero, 2017)

Una comprensión global de la autonomía requiere investigar si las percepciones que influyen y condicionan la toma de decisiones son afectadas por entornos institucionales como clínicas, hospitales o laboratorios. Si la fragilidad de la enfermedad o el hecho de la hospitalización pueden reordenar o confundir los valores e identidades de los pacientes, en este sentido, el médico debería activamente unir fuerzas con el paciente para proteger su autonomía contra la vulnerabilidad impuesta por la enfermedad resaltando la importancia de la relación médico-paciente.

La persona con un fuerte sentido de la autonomía sabe que la mejor manera de reconocer como realmente propias sus decisiones y asumir plena responsabilidad por ellas es cuando la toma de decisiones viene precedida por un proceso de diálogo en el cual se evalúan varias posibilidades y se intercambian ideas con quienes están dispuestos a ayudar. (Valero, 2016)

Hay factores que determinan o influyen en la capacidad de elección; pueden ser externos o internos. Las determinaciones externas son aquellas que representan algún tipo de autoridad, condiciones sociales, económicas o naturales. Entre las internas se encuentran aquellas que limitan el entendimiento como las pasiones, los miedos, o las inclinaciones, ya que el individuo al formar parte de un contexto histórico, sus decisiones pueden ser influenciadas por el espacio y el tiempo en que se encuentra. (Madrugal, 2016)

Hoy podría decirse que la autonomía no solo se propone como un principio de actuación en el campo de las ciencias médicas o de la salud sino también que se ha convertido en uno de los conceptos más importantes de la ética contemporánea. Autos significa “uno mismo”, pero nomos significa “ley”. La autonomía es, entonces, un derecho alcanzado y no simplemente adquirido por la condición humana. Es alcanzado en la medida en que se demuestra un uso responsable del ejercicio de la libertad. En consecuencia, no todos los seres

humanos son autónomos; solo lo son aquellos a los que, se les considera capaces del autogobierno. (Álvarez, 2012)

2.2 RELACIÓN MÉDICO – PACIENTE

«El primer acto del tratamiento es el acto de dar la mano al enfermo.»

Ernest von Leyden

Durante los siglos vi y v antes de J. C. primero en las colonias griegas de Jonia y Sicilia, luego en el seno de la metrópoli ateniense, aconteció el hecho más importante de la historia universal del saber médico, y uno de los verdaderamente decisivos en toda la historia de la vida humana: la constitución de la medicina como «técnica».

Nada hay más fundamental y elemental en el quehacer del médico que su relación inmediata con el enfermo. Dos utopías han pretendido quitar a la relación entre el médico y el enfermo: la mentalidad mágica y la mentalidad técnica; ambas aspiran a separar físicamente al médico del enfermo, o por lo menos a demostrar que el encuentro personal de uno y otro no es condición necesaria para el correcto ejercicio de la medicina. Sin embargo, el acto terapéutico se halla constituido por dos movimientos concurrentes y complementarios: el que va del enfermo hacia el médico y el que va del médico hacia el enfermo. Pese a tan clara diferencia cualitativa entre uno y otro, el genio griego lo bautizó con un mismo nombre: a uno y a otro les llamó genéricamente *philia*, «amistad». «El enfermo es amigo del médico a causa de su enfermedad», dice Platón. «Donde hay *philanthropie* (amor al hombre en cuanto hombre), hay también *philotekhnîé* (amor al arte de curar)». La relación entre el médico y el enfermo es amistad, *philia*.

La amistad del enfermo con el médico consiste siempre en confianza, la confianza anhelante o agradecida del inválido en quien puede devolverle o está devolviéndole su validez normal. Respecto del médico, desea el bien de éste en cuanto médico lo cual es amistad real, porque es deseo del bien del amigo y de la utilidad que la relación con el amigo pueda procurar.

Desde el seno de la concepción cristiana de la vida, la relación entre el médico y el enfermo debe ser entendida como un acto de amor, como una expresión particular de la idea cristiana, *agapética*, de la *philia*.

La paulatina racionalización jurídica de las relaciones humanas dio un giro contractual a la confianza —o a la desconfianza— del enfermo en el médico. Por amistosa que sea, la relación médica es un contrato: el paciente o quien por él actúa dan al médico dinero a cambio de unos servicios técnicos que deben ser prestados con alguna garantía para quien los paga.

El médico moderno se ha dejado llevar con frecuencia por lo que impiden la amistad con el enfermo o la hacen difícil. El enfermo tiene hábitos que en la sociedad occidental se oponen a su buena amistad con el médico: la pasión de mando, la avaricia, la afición a la sátira, el espíritu desconfiado, contractual y pleitista. (Emanuel, 1999)

La situación social del paciente induce a la estratificación de la asistencia médica en niveles económico-sociales que perdura en el mundo moderno. Dentro de la sociedad secularizada, los médicos mantienen firme en su visión de la vida humana, la concepción del hombre como persona, acepta la idea kantiana que distingue entre la persona empírica (*homo phenomenon*) y la persona racional (*homo noumenon*) con autonomía

En la relación médica canónica o ideal, médico y enfermo son médicamente amigos entre sí y se acentúa el respeto por la intimidad.

El modo específico de la amistad del enfermo con el médico es la confianza. La amistad del médico hacia el enfermo debe ser, ante todo, voluntad eficaz de ayuda técnica, beneficencia técnicamente concebida y realizada (Entrago, 1964). Cada vez se le da mayor importancia a la relación basada en la afectividad, en la confianza y en el respeto mutuo, estando las decisiones centradas en un paciente informado.

Varios hitos marcarán una nueva relación médico paciente en el siglo XX, como son la Declaración de los Derechos Humanos, el consentimiento informado, la información del paciente. Según Diego Gracia la relación médico paciente ha cambiado en el último tercio del siglo XX más que en los veinticinco siglos previos. (Cultural, 2017) (Gracia, 2006)

La devastación y los horrores de la II Guerra Mundial tuvieron como consecuencia la promulgación de la Declaración Universal de los Derechos

Humanos en 1948, que configuraría uno de los pilares fundamentales del entendimiento de los derechos y deberes de las personas junto a las declaraciones de Nüremberg (1947) y Helsinki (1964) sobre todo referido a la ética de la investigación clínica. El año 1973 puede tomarse como símbolo de una nueva “rebelión de los pacientes”. En esa fecha, la Asociación Americana de Hospitales aprobó la primera Declaración de Derechos del Paciente, que supone el reconocimiento oficial del derecho del enfermo a recibir una completa información sobre su situación clínica y a decidir entre las opciones posibles, como adulto autónomo y libre. (Cultural, 2017)

Esta auténtica “rebelión del sujeto” obligó a los médicos a introducir en su pensamiento y en su práctica los aspectos sociales, psíquicos y personales de la enfermedad: es la denominada “introducción del sujeto en medicina”. (Gracia, 2006)

La relación médico-paciente ha existido desde tiempos inmemorables. Las características del médico en esta interrelación ya viene definida desde Hipócrates hace más de 2000 años cuando consideró que el médico debía reunir cuatro cualidades fundamentales: conocimientos, sabiduría, humanidad y probidad (Sanabria, 2012)

El primer modelo de la relación médico paciente es el modelo paternalista. La interacción médico paciente asegura que el paciente recibe las intervenciones necesarias y que mejor garantizan su salud y bienestar. Los médicos utilizan sus conocimientos para determinar la situación clínica del paciente y elegir que pruebas diagnósticas y tratamiento son los más adecuados para restaurar la salud del paciente. El médico informará al paciente en forma autoritaria cuál será su proceder. Se justifica en casos de urgencia, en los que el tiempo utilizado en conseguir el consentimiento informado pusiera producir un daño irreversible en el paciente (Emanuel, 1999).

A lo largo de la historia se ha pensado siempre que el enfermo está incapacitado desde el punto de vista biológico sosteniendo que la enfermedad lo pone en una situación de sufrimiento e invalidez, de dependencia y, en definitiva, de infantilización. Desde los escritos hipocráticos los médicos antiguos han defendido una y otra vez la tesis de que el desvalimiento del enfermo no afecta sólo al cuerpo sino también al alma, a la voluntad y al sentido moral. Las pasiones

negativas: la angustia, el miedo, el sufrimiento o la desesperación resultantes de una enfermedad grave son malas consejeras a la hora de realizar juicios de realidad e incapacitan al sujeto para actuar con lucidez y prudencia. Se afirmaba que el enfermo debía confiar en su médico, que con sabiduría, rectitud moral y benevolencia elegirá siempre el mejor tratamiento posible. (Gracia, 2006)

En el modelo informativo, modelo científico, modelo técnico o modelo del consumidor, el objetivo es proporcionar al paciente toda la información relevante para que pueda elegir la intervención que desea, tras lo cual el médico la realiza. Este modelo se basa en valores y hechos; el paciente conoce sus valores y el médico lo pone en conocimiento de los hechos. Se concibe la autonomía del paciente como el control de la toma de decisiones médicas. Este modelo parece inadecuado ya que una de las cualidades esenciales del médico es la capacidad de evaluar las situaciones clínicas con experiencias previas y con un profundo conocimiento, además es filosóficamente insostenible en cuanto considera los valores personales del paciente como conocidos y fijos y esto es erróneo (Emanuel, 1999)

En el modelo interpretativo el médico ayuda al paciente a determinar los valores, que muchas veces no están bien definidos. Para ello, el médico trabaja con el paciente en la clarificación de sus objetivos, aspiraciones y responsabilidades, de modo que resulten evidentes aquellos cursos de acción que se encuadren mejor en el marco de los valores del paciente, quien entonces se halla en mejores condiciones para adoptar sus propias decisiones. En este modelo el médico actúa como un consejero, asumiendo un papel consultivo.

En el modelo deliberativo el médico ayuda al paciente a determinar y elegir de entre todos los valores que se relacionan con su salud, aquellos que sean los que mejor sirvan de fundamento para tomar la decisión más adecuada dentro de las diferentes alternativas posibles. La decisión final será el resultado de un diálogo auténtico, signado por el respeto y la consideración mutuos. (Alonso, 2017)

Estos cuatro modelos no agotan todas las posibilidades. Hay que añadir un quinto modelo, el modelo instrumental, en el que los valores del paciente son

irrelevantes, el médico persigue junto con el paciente algunos objetivos no relacionados con él, como el bien para la sociedad, y el avance científico. (Emanuel, 1999)

Lo esencial de la actividad médica es generar conocimiento, comprensión, enseñanza y actuaciones en las cuales el médico humanista integra la condición médica del paciente y los valores de este relacionados con la salud, logrando con esto una relación médico paciente óptima, en donde el paciente pueda ejercer el principio de autonomía en forma responsable

2.3 COMUNICACIÓN

“Quien no comprende una mirada, tampoco comprenderá una larga explicación”

Proverbio árabe

La comunicación es un requisito fundamental en la interacción social humana, se realiza a través de todo comportamiento, no es superada por ningún sistema de signos y aísla a quienes la ignoran. Durante siglos ha habido múltiples intentos por mejorar la comunicación entre las personas, lo que puede ser resumido en dos perspectivas básicas:

- El enfoque del “lanzamiento de la bala”
- El enfoque del “frisbee” o “lanzamiento de platillo”.

El enfoque del “lanzamiento de la bala” se ha definido como una comunicación que enfatiza el mensaje bien concebido y bien entregado, y se originó en la Grecia clásica. La comunicación efectiva era: contenido, entrega y persuasión. En la mitad del siglo veinte, el modelo de comunicación desarrollado por una compañía de teléfono reflejaba este enfoque del “lanzamiento de bala”: alguien ponía un buen mensaje y lo trasmitía, otra persona lo recibía y este era el final de la imagen de la comunicación. La noción de “feedback” o retroalimentación no estaba presente. En los años cuarenta, el foco empieza a moverse hacia la comunicación interpersonal, lo cual incorpora nuevos elementos y se cambia al enfoque “Frisbee”. Hay dos conceptos centrales en este nuevo enfoque interpersonal, ambos relevantes para la comunicación en medicina. El primero es la confirmación: reconocer, darse cuenta y apoyar a otra persona. El segundo concepto central de este enfoque frisbee interactivo es el entendimiento mutuo en un terreno común. En el juego de “frisbee”, ambos entienden el sentido del juego: lanzar el “frisbee” para que el otro pueda asirlo y vuelva a lanzarlo. (Moore, 2010)

La comunicación no sólo debe servir de vehículo para obtener la información que el médico necesita en el cumplimiento de sus funciones, debe emplearse también para que el paciente se sienta escuchado, para comprender enteramente el significado de su enfermedad y para que se sienta copartícipe de su atención durante el proceso de salud enfermedad (Hernández-Torres, 2006)

Una comunicación efectiva promueve la colaboración entre el médico y el paciente, donde el foco de la entrevista no está centrado en el médico ni en el

paciente, sino en la relación entre ambos (Moore, 2010). Se debe comunicar de forma activa para lograr que el paciente se involucre con su enfermedad, ya que si este asume un rol pasivo no tomará control de la misma. (Forguione-Pérez, 2015).

En el proceso comunicacional la entrada de información visual es preponderante con respecto a la auditiva, de manera que la discrepancia entre conducta no verbal y verbal es de 5 a 1 a favor de la primera, es decir, que en cada comunicación que hacemos a un paciente tiene cinco veces más importancia lo que le transmitimos corporalmente que lo que le transmitimos verbalmente. (Mancilla, 2020)

En la actualidad, la incomunicación es uno de los mayores problemas, aun cuando la capacidad de comunicación nos es innata a todas las personas y constituye la principal herramienta del ser humano para organizar la sociedad. La comunicación es importante en cualquier contexto, pero existen algunos específicos en que puede llegar a ser vital como son los diálogos entre médicos y pacientes (Sánchez, 2004)

2.4 DIGNIDAD

“Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos”

Declaración Universal de los derechos Humanos Art 1

Dignidad deriva del latín dignitas, que a su vez deriva de dignus, cuyo sentido implica una posición de prestigio o decoro, “que merece” y que corresponde en su sentido griego a *axíos* o digno, valioso, apreciado, precioso, merecedor.

En la Antigüedad griega y posteriormente en Roma, la concepción de la dignidad se basó originariamente en el aprecio y el reconocimiento social hacia el individuo, no en la condición humana, “Las personas dignas caminan de manera distinta a como lo hacen los esclavos”. Hace referencia a una idea de superioridad y no de igualdad. En el Medioevo comienza a plantearse la dignidad humana basada en el ser humano. El ser humano es digno por sí mismo, es un valor intrínseco. A diferencia de los otros seres vivos que se encuentran determinados biológicamente en su totalidad, tiene capacidad de actuar de manera autónoma, esta diferencia es lo que se ha entendido como la base de su dignidad, como consecuencia el ser humano sólo puede ser tratado como fin y nunca como medio; siempre será sujeto, nunca objeto. (Bullé-Goyri, 2013). En el Renacimiento la dignidad humana es vista como equivalente a la propia condición libre del hombre, dignidad equivale a libertad. Según la concepción kantiana las cosas, tienen precio, pero el hombre, en cambio, tiene dignidad; lo que tiene precio es intercambiable, puede ser mercancía, servir de medio para otros fines, la dignidad del hombre implica, por el contrario, que todo ser humano sea fin en sí mismo, insustituible, nunca intercambiable ni tomado como objeto o cosa, como instrumento o mercancía. La dignidad del hombre corresponde ciertamente a esa nota distintiva esencial que es su capacidad de ser autónomo, de darse a sí mismo (autós) su propia “ley” (nomos), su propio “sitio en el mundo”. (Tealdi, 2008)

Al referirnos a la dignidad de la persona, no se admite, en ningún caso, superioridad de un ser humano sobre otro, sino de todo ser humano sobre el resto de los seres que carecen de razón. (Miralles, 2013)

Los derechos humanos pasaron a convertirse en el tema central de las preocupaciones internacionales al finalizar la segunda guerra mundial como consecuencia de las aberraciones que se cometieron en los campos de batalla, tanto en la primera como en la segunda guerra, muy especialmente por el desarrollo de los campos de concentración y exterminio. El genocidio judío, los experimentos con seres humanos y las prácticas eugenésicas y eutanásicas, provocaron que los derechos humanos pasaran a convertirse en tema central de las preocupaciones internacionales. Los derechos humanos comparten su estrecho vínculo con la idea de la dignidad humana. Son la expresión jurídica de la dignidad de las personas y su función es precisamente permitir y garantizar su respeto; la democracia es el ámbito en el que pueden desarrollarse las relaciones políticas de la comunidad en un marco de respeto a la dignidad (Bullé-Goyri, 2013)

Desde una perspectiva filosófica y religiosa, el concepto de dignidad humana posee una larga trayectoria histórica. No obstante, desde el punto de vista jurídico, no fue reconocido hasta mediados del siglo XX. (Miralles, 2013) La Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) comienza con el “reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana”. La Convención Americana sobre Derechos Humanos (1969) protege la “dignidad inherente al ser humano” particularmente en materia de privación de libertad y de protección de la integridad personal. En 2009, la Carta Europea de Derechos Fundamentales dedica su Título I a la “Dignidad” y a la cual vincula cuatro derechos: 1. El derecho a la vida, 2. El derecho a la integridad de la persona, 3. La prohibición de la tortura y de las penas o tratos inhumanos o degradantes, 4. La prohibición de la esclavitud y del trabajo forzado (Pele, 2015)

En la actualidad uno de los ámbitos de reflexión social en los que tiene mayor importancia la idea de la dignidad humana es en el de la bioética (Bullé-Goyri, 2013). Ruth Macklin en su editorial en el BMJ VOLUME 327 20–27 DECEMBER 2003, se pregunta si la dignidad es un concepto útil para realizar un análisis ético de una actividad médica o solo es una proclamación vaga o más precisamente un slogan. Basa este enunciado porque varios artículos e informes

apelan a la dignidad humana, como si significara algo más que el respeto por las personas o por su autonomía. Hace referencia que la dignidad se relaciona con el fin de la vida: morir con dignidad y con el reclamo que realizan algunos eticistas cuando los cadáveres son usados con fines educativos donde reclaman por la dignidad de la persona muerta. En este y otros documentos, "dignidad" parece no tener significado más allá de lo que implica el principio de ética médica, respeto a las personas: la necesidad de obtener un consentimiento voluntario e informado; el requisito de proteger la confidencialidad y la necesidad de evitar la discriminación y las prácticas abusivas. (Macklin, 2003)

Dignidad no es sinónimo de autonomía ya que hay personas con autonomía limitada como son aquellas que sufren retardo mental o aquellos que tienen una total falta de autonomía como los recién nacidos, pero son considerados dignos. Todos los seres humanos merecen ser tratados con respeto incondicional y gozan de derechos básicos independientemente de su edad, sexo, capacidades físicas o mentales, origen étnico, religión, ideas políticas, situación socioeconómica o cualquier otra condición particular o circunstancia. Esta es la idea central detrás del concepto de dignidad humana. (Andorno, 2013)

Steven Pinker critica el rol asignado a la dignidad indicando que la dignidad es relativa. Hace una crítica mordaz de Human Dignity and Bioethics, aduciendo que el rol asignado al concepto de dignidad es el de limitar, mediante el rechazo social y político o incluso la prohibición jurídica, ciertos avances de las biotecnologías. Considera que la dignidad es una noción «subjetiva e imprecisa» que no está a la altura de las altas exigencias éticas que se le asignan. A su juicio, hay tres características de la dignidad que minan su capacidad para servir como fundamento de la bioética. Es relativa, las adscripciones de dignidad varían de manera radical con el tiempo, el lugar y la persona que la percibe. La dignidad es fungible, cada uno de nosotros renuncia de su dignidad repetida y voluntariamente para obtener otros bienes en la vida. La dignidad puede ser dañina, las represiones políticas o religiosas suelen racionalizarse como una defensa de la dignidad del estado, del líder, o del credo (Pinker, 2008).

En definitiva, para los escépticos, la dignidad es un término vacío, sin significado, y las apelaciones a la misma no tienen ningún sentido identificable; o es un término que designa otros conceptos, como el de respeto o autonomía o decoro, pero de manera más imprecisa. La consecuencia es que la bioética puede prescindir del término sin pérdida alguna y con ganancias. (Andorno, Human Dignity and Human Rights, 2014). Esta concepción se enfrenta con algunos problemas, si la dignidad deriva solo la capacidad para la autonomía y esta no es la misma para todos los seres humanos, podríamos decir que la dignidad tampoco lo es; además no podríamos atribuir dignidad a aquellos que no tienen autonomía. (Andorno, 2013)

La definición de dignidad no ha permanecido estática, al contrario, ha ido variando según la época. A continuación, una muestra de la consideración del concepto en diferentes autores a través del tiempo, según la autora María José Briñez Medrano. (Briñez Medrano, 2016)

Immanuel Kant (1964)

“La dignidad es una atribución propia de todo ser humano, no en tanto que individuo de la especie humana, sino en tanto que miembro de la comunidad de seres morales. La dignidad es una instancia moral que distingue al ser humano de los animales y lo ennoblece ante todas las demás criaturas.”

Ingo von Münch (1982)

“La dignidad se compone de los más altos valores de la autonomía y la libertad individual y social del ser humano. Pero su delimitación se logra en relación con los demás derechos fundamentales y el respeto de otros bienes constitucionales protegidos.”

Häberle Peter (1987)

“Un principio constitucional portador de los valores sociales y de los derechos de defensa de los hombres, que prohíbe consiguientemente que la persona sea un mero objeto del poder del Estado o se le dé un tratamiento peligroso a la cuestión principal de su cualidad subjetiva, que afirma las relaciones y las obligaciones sociales de los hombres, así como también su autonomía.”

Cascajo José Luis (1988)

“Expresa un status positivo del ser humano, reconociendo que todas las personas tienen las mismas capacidades y posibilidades sociales de realizarse humanamente, para lo cual deben contar con la promoción y auxilio de los poderes públicos y privados”.

Bobbio Norberto (1991)

“La dignidad en la actualidad se plantea más entre una disertación por la felicidad y la justicia, que en su fundamento ontológico y su consecuencia inmediata la libertad y la igualdad”

Henri Oberdorff (1995)

“La dignidad humana muestra todas sus posibilidades comprensivas y transformadoras o sus dificultades ordenadoras cuando afirma sus raíces frente a los problemas concretos que se presentan con relación a los viejos dilemas del derecho a la vida y los nuevos desafíos del derecho genético”

Dworkin Ronald (1996)

“Derecho a no sufrir la indignidad, a no ser tratado de manera que en sus culturas o comunidades se entienda como una muestra de carencia de respeto”

Alegre Martínez Miguel Ángel (1996)

“Desde una perspectiva humanista la dignidad tiene como sujeto a la persona humana, tanto en su dimensión corporal como en su dimensión racional, que aseguran su sociabilidad, responsabilidad y trascendencia”

Robert Alexy (1997) “La dignidad como derecho humano se presenta con la estructura de un principio, en la medida que bajo un mismo supuesto de hecho aspira a realizarse en la mayor medida posible”

Bayertz Kurt (1999)

“Respeto incondicionado que merece todo individuo en razón de su mera condición humana, es decir, independientemente de cualquier característica o aptitud particular que pudiera poseer”

Peces Barba (2002)

“Valor intrínseco de la persona, derivado de una serie de rasgos que la hacen única e irrepetible, que es el centro del mundo y que está centrada en el mundo.”

Fukuyama Francis (2003)

“La dignidad deriva de la naturaleza del ser humano, en tanto ser complejo y misterioso, en el cual confluye una serie de cualidades como la elección moral, la razón, el lenguaje, la sociabilidad, la sensibilidad, las emociones, la conciencia, etc., que se relacionan entre sí mediante complejas interacciones, a tal punto que no pueden existir sin las demás.”

Saldaña Javier (2006)

“La dignidad es un estado moral que los seres humanos poseen en virtud de su humanidad, por lo que no se la puede ligar exclusivamente con la capacidad de autonomía como capacidad que establece la diferencia entre animales y hombres, sino también con todas las cualidades humanas como la decisión de auto gobernarse, la capacidad de proponerse metas valiosas y revisarlas críticamente, la capacidad de sopesar máximas individuales para compararlas con leyes universales y otras cualidades cuyo conjunto sí marca en realidad la diferencia entre los seres humanos y los demás seres vivientes”

Pacheco Luz (2007)

“La dignidad en su doble dimensión opera como un dinamismo para el desarrollo de los derechos fundamentales; por ello sirve tanto de parámetro fundamental de la actividad del Estado y de la sociedad, como también de fuente y límite de los derechos fundamentales de los ciudadanos.”

Adorno (2009)

“El valor incondicional que posee todo individuo en razón de su mera condición humana, independientemente de su edad, sexo, aptitudes intelectuales, estado de salud, condición socio-económica, religión, nacionalidad, etc., y que este valor exige, a modo de consecuencia, un respeto incondicional”

Pérez Karla (2010)

“La dignidad humana se identifica con el amor y la auto estima propia que un individuo o grupo siente por sí mismos, acogiendo el pensamiento que la corte suprema canadiense ha dado, en el contexto del derecho antidiscriminatorio”

2.5 VIOLENCIA INSTITUCIONAL

"Donde hay poder hay resistencia"

Michael Foucault

La violencia es un fenómeno mundial que amenaza el desarrollo de los pueblos y afecta la calidad de vida. Incluye todo tipo de abusos, degradación de los derechos humanos, derechos fundamentales, derechos de la personalidad e hiere la dignidad y el valor de la persona como ser humano. Un grupo de trabajo de la OMS en 1996 define la violencia como: "El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones" (Etiene, 2002)

La violencia se distingue de lo innato como es la agresividad, porque nace de un proceso socio-cultural. Hay cuatro formas de conducta humana que impulsan la construcción, intensidad y niveles de violencia: el paternalismo, el hermetismo para subir en las escalas sociales, la explotación del hombre por el hombre y el ejercicio arbitrario de la violencia por la autoridad (Rosa, 2019)

La violencia institucional es definida como las "prácticas estructuradas de violación de derechos por parte de funcionarios pertenecientes a fuerzas de seguridad, fuerzas armadas, servicios penitenciarios y efectores de salud en contextos de restricción de autonomía y/o libertad. (Flores, 2016) Los pacientes pueden sentirse violentados cuando la gestión clínica es inadecuadamente impulsada por algoritmos, protocolos, directivas verticalmente de arriba hacia abajo. (Goberna-Tricas, 2018)

La violencia no ocurre al azar, es un fenómeno prevenible al que las sociedades deberían prestar mayor atención, incluido el sector de la salud, para procurar evitar y minimizar sus consecuencias. El sector de la salud constituye una encrucijada ya que muchas veces la víctima de violencia se transforma en el productor de la misma. (Gil-Borrelli, 2020). En general se identifica rápidamente cuando se relaciona con hechos visibles como golpes, uso de armas u otros elementos y se manifiesta como agresión física, pero también hay situaciones violentas en las que se percibe una mala atención o insatisfacción

de las expectativas recibiendo un trato injusto. (Moreno M. B., 2003). Algunos ambientes laborales están más expuestos a diferentes tipos de comportamientos violentos, entre ellos se encuentra el sector de salud, sobre todo en los trabajadores intrahospitalarios. La violencia que se ejerce sobre ellos, generalmente psicológica, tiene consecuencias doblemente negativas ya que no solo afecta al profesional sino también a los pacientes ya que puede generar comportamientos violentos. La condición de hospitalización hace al individuo vulnerable no solo por los distintos estímulos que lo afecta, sino también por el medio ambiente y las relaciones que se establece durante la internación. (Moreno M. B., 2003) (Flores, 2016)

Esta violencia, que alcanza tanto a quienes brindan la atención como a quienes la reciben amenaza la calidad de las prestaciones de salud y la atmósfera de cuidado que debiera existir en dichos establecimientos. Hay situaciones que hacen a los usuarios presas fáciles de violencia como son colas interminables, insuficiente disponibilidad de horas de atención médica, dental y de otros profesionales, pérdidas de fichas, trámites burocráticos para recibir atención, infraestructura poco cómoda e inadecuada de las instalaciones, tratos poco amables y desconocimiento de sus derechos. (Paredes, 2006) (Bellamy, 2019)

Algunas prácticas comunes consideradas como manifestaciones de violencia son: el tuteo a los pacientes adultos, dirigirse a los pacientes sin presentarse o identificar su posición; ser ignorados por dos o más trabajadores, que comentan en su presencia temas que no conciernen a los enfermos; hacer comentarios sobre el paciente en un lenguaje incomprensible para el mismo; trasladarlo o manejarlo de alguna forma sin explicaciones; administrarle tratamiento o drogas sin su consentimiento; darle comidas prohibidas por sus creencias religiosas; quitarle su propia ropa y obligarlo a usar ropa del hospital que le impiden su movilización; verse obligado a estar en la cama por no haber otro lugar donde pueda estar; no disponer de un sitio donde el paciente pueda hablar en privado con sus afectos; bañarlos en lugar de ayudarlos a bañarse; transportarlos en sillas o camillas aun cuando el paciente pueda y prefiera caminar; obligarlo a dormir en una cama con barra; verse obligado a ver televisión o escuchar radio; mantenerlo desocupado por no haber posibilidades

de darle una ocupación; prescribir pruebas, tratamientos y materiales sin aclarar su necesidad o costo. (Henderson, 2000)

El paciente hospitalizado es más vulnerable ya que la separación del ambiente familiar, conocido y estable por otro ambiente extraño, con una serie de reglamentación interna, de relación con múltiples personas y a veces falta de privacidad, potencia los sentimientos de inferioridad. Existen importantes diferencias en el trato y por ende en el respeto a los derechos de los pacientes según la clase social a la que éstos pertenecen, favoreciendo aquellos que se encuentran en mejores estratos socioeconómicos. (Moreno M. B., 2003)

3. OBJETIVOS

Objetivo general

- Conocer las razones que tienen los pacientes internados en un hospital público de la ciudad de Córdoba para solicitar el alta voluntaria.

Objetivos específicos

- Reconocer cuáles son los factores externos e internos que influyen en la decisión del paciente para solicitar el alta voluntaria.
- Identificar si el paciente conoce cuales son los perjuicios relacionados a la salud asociados al pedido de alta voluntaria.
- Analizar la relación médico-paciente en las situaciones en que el paciente solicita el alta voluntaria

4. METODOLOGÍA

El presente estudio es una investigación cualitativa y descriptiva realizada en el Hospital Córdoba¹ de la ciudad de Córdoba desde enero a diciembre de 2020

Se utilizó un muestreo estratégico incorporando al estudio sujetos que tuvieron valor en el marco del objetivo de la investigación. Los criterios de elección de los sujetos fueron haber estado internados en el Hospital Córdoba en el año 2020, solicitado el alta voluntaria y que pudieran ser contactado telefónicamente

¹ El Hospital Córdoba es un hospital público de la provincia de Córdoba inaugurado el 1 de julio de 1950. Se encuentra en la zona noreste de la capital provincial. Es un hospital polivalente, dedicado primordialmente a la atención de la alta complejidad. Cuenta con servicios únicos en la provincia como son: Servicio del Quemado, Servicio de Diabetes, Centro de Diálisis, Red de Infartos Agudos. Destacándose en la atención de neurocirugía y trasplantología (<http://hospitalcordoba.com.ar/>, 2019)

Criterios de inclusión: pacientes mayores de 18 años, de ambos sexos, que solicitaron el alta voluntaria, y aceptaron participar del estudio entre enero y diciembre de 2020

Criterios de exclusión: pacientes que no cumplan con el criterio de inclusión y aquellos que por diferentes razones no se pudieron contactar.

Se realizó una entrevista semiestructurada, dinámica y flexible; se interrogó sobre:

- Cual fue la causa del pedido de alta.
- Si recibieron información sobre cuáles eran las consecuencias de abandonar el hospital
- Si tuvieron oportunidad de hablar con su médico u otro trabajador de la salud sobre los motivos de su decisión.
- Si su familia apoyó la decisión.
- Si tuvieron que regresar.
- Como reaccionaron los trabajadores de la salud al solicitar el alta.
- Si volverían al hospital.

Una vez finalizadas las entrevistas, se transcribieron y analizaron las respuestas.

Los datos obtenidos se agruparon por similitudes para formar dos categorías temáticas:

-Factores internos (propios del paciente)

-Factores externos (no dependen del paciente) de la solicitud del alta voluntaria

Esto permitió poder comparar las diferentes causas de solicitud de alta voluntaria.

La investigación se efectuó respetando la confidencialidad de los datos y autonomía de las personas participantes del estudio, Se siguieron los lineamientos internacionales que normatizan las investigaciones que involucran seres humanos y aseguran los estándares internacionales de calidad ética y científica, contenidos en las Guías de Buenas Prácticas Clínicas y la Conferencia Internacional de Armonización (ICH), de acuerdo a las normativas internacionales que se fundamentan en la Declaración de Helsinki

5. RESULTADOS

Según los datos facilitados por el Departamento de Estadísticas del Hospital Córdoba en el año 2020 hubo 4613 pacientes internados, seleccionándose para este estudio los mayores de 18 años, de ambos sexos que tuvieron como motivo del alta hospitalaria: “retiro *en contra de la opinión médica*”.

El comienzo de las entrevistas coincidió con el período de restricción en el marco de la pandemia de Covid 19. Siguiendo las pautas determinadas por el Ministerio de Salud, se realizaron a través de llamadas telefónicas.

La entrevista telefónica fue una herramienta muy útil ya que permitió contactarse con pacientes distribuidos en distintas regiones, pero excluyó aquellos que no cuentan con servicio telefónico quienes podrían haber sido muy valiosos en este estudio. Imposibilitó obtener información de la comunicación no verbal a través de los gestos, miradas, movimientos corporales, y además no todas las personas se sienten en “confianza” para hablar a través del teléfono de sus experiencias.

El Departamento de Estadística informó que la cantidad de pacientes con alta voluntaria en el periodo de estudio fueron un total de 119. De este total, cuatro habían sido dados de alta por el facultativo, 10 habían fallecido y 69 no pudieron ser contactados telefónicamente (28 pacientes no tenían registrado un teléfono de contacto; el número telefónico de 20 pacientes no correspondía a un abonado en servicio y 21 no contestaron a reiteradas llamadas). Por estos motivos se pudieron incorporar al estudio solo 36 pacientes de entre 18 y 69 años de edad (23 hombres y 13 mujeres) quienes estuvieron internados entre 3 y 15 días. Solamente uno de ellos permaneció internado cuatro meses y finalmente solicitó el alta por razones personales.

La muestra aportó situaciones relevantes para el tema de investigación, aunque como lo señala Denzin, la realidad en su complejidad no puede ser nunca completamente capturada. (Denzin, 2010)

Al iniciar la entrevista se solicitó el consentimiento informado verbalmente previa explicación del tema y objetivo del trabajo, informando al participante que la entrevista sería transcrita literalmente, no grabada. Primero, cada uno de los

pacientes relató sus vivencias y luego se le realizaron preguntas orientadas a obtener los datos necesarios para este trabajo. Varios de ellos demostraron una cierta desconfianza a pesar de haberles explicado el motivo de la llamada y aceptado participar. En más de una oportunidad cuestionaban: “¿Y por qué tantas preguntas?”.

Al interrogar sobre la causa que los llevó a solicitar el alta voluntaria, la primera reacción de algunos fue negar que ellos la hubieran pedido. Titubearon y alegaron que el alta se la había dado el médico. Fue común escuchar: “*El doctor me dio el alta*”. Sin embargo, avanzada la conversación, la mayoría se animó a contar realmente como se sintió. “*Bueno, en realidad ¿Quiere que le cuente lo que pasó?*”.

Otros asumieron que el motivo del alta era su culpa y no del personal de salud. “*No me gusta estar internado*” “*Estaba deprimido, quería irme a mi casa*”.

Y un caso en particular, al comenzar la entrevista, explicó las causas angustiadas. “*Tengo todo filmado, por si no me cree*”.

Al analizar las entrevistas de los 36 pacientes, se pudieron categorizar los testimonios en dos grandes categorías:

- **Factores internos** (11 pacientes; 30,5% del total), referidos como razones personales
- **Factores externos** (25 pacientes; 69,5% del total), determinados por diferentes situaciones que hacen a la violencia institucional como son maltrato por el personal de salud, mala relación con el médico, falta de comunicación, estadías prolongadas, falta de recursos, irrespeto a la intimidad, vulnerabilidad por situación de hospitalización

Factores internos:

Los 11 pacientes agrupados en la categoría “factores internos” refirieron solicitar el alta para participar de eventos familiares, poder atender a sus niños o

cuidar del domicilio. La mayoría eran mujeres (8 pacientes; 72%). La totalidad de este grupo de pacientes contó con el apoyo de la familia y recibieron instrucciones del médico. Algunos regresaron al hospital y otros acudieron a otros nosocomios por pertenecer a una obra social.

Algunos de ellos manifestaron lo siguiente:

MV de 45 años de edad dijo: “Fue tranquilo, yo quise salir, expliqué mis razones y me comprometí a volver, me orientaron y firmé el documento”.

La mamá de V.R., de 19 años, dijo: “Solicité el alta para que mi hija pasara las fiestas de fin de año en familia y se retiró firmando el alta voluntaria”.

J.A. contó “Tengo tres niños, los estaba cuidando mi mamá, pero ella es diabética y no andaba bien”

A.F. refirió: “Mi esposo y mis hijos trabajan, la casa queda sola y tenía miedo que me saquen lo poco que tengo, usted vio como están las cosas”

Es interesante destacar que, en este grupo de pacientes, donde la mayoría eran mujeres, se priorizó el hogar y la familia.

Factores externos

De los 25 pacientes agrupados en la categoría “Factores externos”, la mayoría eran hombres (20 pacientes; 80%) de diferentes edades (de 18 a 69 años).

Un grupo manifestó haber sufrido **maltrato por el personal de salud**, sobre todo durante la noche, relatando que cuando solicitaban ayuda al personal de enfermería eran ignorados. Un ejemplo es el caso de ML quien refirió que le negaban la medicación.....

“... no quería darme calmante, diciendo que el dolor que tengo en el pie es psicológico, me fui. A la semana me internaron nuevamente en otra sala y me trataron bien”.

El trato frío e impersonal, que transforma una relación de confianza en un vínculo despersonalizado, también fue percibido como maltrato por otros pacientes

A.P. de 51 años, paciente no vidente, que explicó:

“Tenía turno a las 8 de la mañana, me atendieron a las 2 de la tarde, me internaron y cuando le pedí agua al enfermero me contestó mal, discutimos y pedí irme a pesar de que mi esposa y el médico de mi pueblo me aconsejaban que me quedara”.

E.B. de 33 años dijo: “Le pedí a la enfermera si podía poner alcohol en el ropero antes de la ropa y me tiró toda la ropa en la cama, los médicos y mi familia me pedían que me quedara porque estaba con fiebre”.

La falta de información sobre su estado de salud y cuáles eran los pasos a seguir en el tratamiento fue definida como una **mala relación con el médico**.

V.A. de 54 años contó: “A cada rato la doctora me decía que me iba a morir, dije que quería irme y me contestó que busque otra clínica, porque tengo mutual, que ellos no tienen obligación de atenderme, ahora no tengo donde ir a hacer la quimioterapia, no creo que la doctora quiera recibirme”.

J.A. de 40 años internado por una fístula anal describió que fue revisado y curado por su médico en presencia de otras personas que no conoce. Dijo: “Me revisó y curó sin anestesia, delante de otros médicos, creo, como le dije que me dolía me contestó: no seas cagón. Me quejé con él, me pidió disculpas, pero lo mismo pedí el alta”.

M.B. de 23 años manifestó: “...un doctor me dijo que firme, que me vaya. Tuve que volver y me atendió una doctora que era muy buenita y me internó nuevamente, a los pocos días me dio el alta y estoy re bien”.

La mala relación con el médico, también se evidencia en los ejemplos en los que manifestaron maltrato ya que ML refiere que al cambiar de sala recibe mejor trato, y A.P. no recibió apoyo de los médicos del hospital. Estos pacientes no pudieron expresar su discomfort al médico tratante.

Otra causa de solicitud del alta voluntaria fue de la **falta de comunicación del médico**; hubo pacientes no entendían las explicaciones que recibían respecto a su estado de salud o un médico daba una indicación y después llegaba otro médico y daba otra contraria.

C.C. de 69 años relató: “Me dolía el hígado y los médicos no querían operarme por mi problema de corazón. Pedí el alta y me dijeron que no vuelva más. Mi familia no quería que me vaya. Tenían razón porque ahora estoy con falta de aire y tuve que buscar otro hospital”.

D.F. de 45 años dijo: “La Dra. me dio el alta y después vino otro Dr. y me dijo que no me podía ir porque me faltaban unos estudios, yo tenía todo listo para irme así que aunque mi esposo me decía que me quede, firmé y me fui”.

La **estadía prolongada**² fue también una causa de solicitud de alta voluntaria. Los pacientes que lo expresaron como causa percibieron su internación como prolongada por que se sentían bien y no recibían información sobre el motivo de su internación o por falta de insumos para realizar estudios y/o tratamientos.

V.L. de 27 años comentó: “Yo me sentía bien, no entendía por qué estaba internada y estaba cansada de estar ahí”.

D.J. de 22 años fue internada para una cirugía y le comunicaron que no había cirujanos disponibles. Después de 5 días, a pedido de su esposo, solicita el alta. Expresó: “Pasé 5 días internada, me dijeron que no había cirujano por la pandemia, tengo una hijita y mi esposo no puede faltar al trabajo. Me fui sin ninguna indicación. A los pocos días tuve que volver, me dieron una dieta y prometieron llamarme para la cirugía. Ya pasaron 4 meses y nada “.

² El tiempo de estancia hospitalaria depende de factores relacionados con el paciente (nivel socioeconómico, gravedad del padecimiento y presencia de comorbilidades) y de circunstancias relacionadas con el sistema de salud como el estilo individual de práctica médica. La estancia prolongada intrahospitalaria puede ser por causas médicas (complicaciones relacionadas con el motivo de ingreso, complicaciones intrahospitalarias) y no médicas (falta de medicamentos, falta de equipo o material, retraso en estudios de laboratorio, interconsultas, realización quirúrgica o de algún procedimientos y problemas en el traslado del paciente). (Abraham, 2011)

Estos ejemplos muestran cómo afectan a los pacientes internados la falta de comunicación

“no entendía porque estaba internada “

y de recursos

“no había cirujanos por la pandemia”

Otras circunstancias que se presentan durante la hospitalización pueden ser consideradas manifestaciones de violencia como es la **falta de respeto a la intimidad**.

V.B. de 45 años dijo: “Me internaron en la noche, al escuchar el trato del personal de enfermería a los otros pacientes, la falta de respeto a la intimidad, decidí irme, aunque corriera riesgo mi vida”.

Algunos pacientes, como V.B. identifican los actos de violencia cuando los colocan en otra persona, negando de esta manera una experiencia desagradable, y de esta forma, el sufrimiento es atenuado a través de la negación de la vivencia.

Esta falta de respeto a la intimidad también fue manifestada por VL, quien dijo *“Me revisó y curó sin anestesia, delante de otros médicos”*

La situación de **hospitalización hace al individuo más vulnerable**, produciéndole alteraciones emocionales no solo atribuidas a su enfermedad sino también al cambio de entorno y compañía.

D.P. de 29 años refirió estar muy deprimido después de 4 días de internación. “...me la pasaba llorando, estaba solo en una pieza, no dejaban entrar a mi mamá, sin televisor ni wifi. Pedí el alta, los médicos me dijeron que me podía morir. Mi mamá me llevó a una clínica donde ella puede entrar y tengo televisor, ¿Por qué no podía ser así en el hospital?”.

J.F. 59 años contó: “No tenía buena atención, no me asistían, estaba solo. No me entregaban la ropa que me traían, estaba flaco, mi familia quería que me vaya”.

En general los pacientes no recibieron información correcta sobre los riesgos que implicaban sobre su salud el “retiro del hospital en contra de la opinión médica” ya que algunos debieron regresar y otros buscaron asistencia en otros nosocomios.

Durante las entrevistas algunos pacientes refirieron maltrato, mala relación, irrespeto a la intimidad, vulnerabilidad, estadías prolongadas pero en todos los casos se destaca **la dificultad en la comunicación**. Se pone de manifiesto que existen barreras comunicacionales, posiblemente por pertenecer los interlocutores, en este contexto, a diferentes ámbitos sociales, no se logra crear un ámbito de confianza y empatía. Esto impide a los pacientes comunicar sus conflictos y provocar incalculables daños en su salud

Al analizar las entrevistas realizadas a los pacientes que solicitaron el alta voluntaria se evidencia que cuando las causas eran propias del paciente el equipo de salud las aceptaba y cooperaba con la decisión.

Al contrario, la mayoría de los pacientes que solicitaron el alta hospitalaria por diferentes situaciones que hacen a la violencia institucional manifestaron que no contaron con el apoyo de su familia, tuvieron una mala relación médico paciente, no les informaron cuales podían ser las consecuencias de dejar el hospital, ni les dieron indicaciones sobre el tratamiento que debían seguir y a algunos los conminaron a que “no volvieran”. Cabe destacar que muchos de los encuestados pertenecientes a este grupo no le comunicaron a su médico sobre su disconformidad “para no tener problemas” ya que posiblemente deberían volver a consultar. O sea que cuando las causas manifestadas se referían a situaciones relacionadas con el equipo de salud, los pacientes en general, no recibían apoyo ni contención, a pesar de que podría ser ésta una gran oportunidad de visibilizar las razones de la solicitud y si fuera posible revertirlas y esclarecer al paciente, de la forma más eficaz posible, ayudándolo a que ejerza su autonomía con plenitud.

6. DISCUSIÓN

Es importante destacar que de los 119 pacientes cuyo motivo de alta fue “retiro en contra de la opinión médica” el 12% no correspondían, ya que 8% eran pacientes fallecidos y 4% refirieron haber sido de alta por el servicio de salud. Se podría inferir que este término es utilizado como “exención de responsabilidades” como se interpreta en el trabajo de Mariana Vicente Cano ya que toda situación de alta a pedido contra indicación médica acarrea el riesgo de agravamiento del estado de salud ya que caso contrario, no habría indicación de internación. (Cano, 2016).

El alta hospitalaria es un acto privativo del médico ¿la autonomía del paciente debe prevalecer en los casos de alta a pedido contra indicación médica? Si con ello arriesga su vida, conducen a entender que el paciente no tiene un derecho de autonomía sino una libertad no protegida, como lo define Oriol Yuguero Torres. (Torres, 2018).

El pedido de alta voluntaria es uno de los problemas éticos más común y más difícil de resolver, es deber de los médicos ayudar a los pacientes, respetando su autonomía, a aceptar la atención que sea la mejor para ellos. (Simon, 2007)

Coincidiendo con esta investigación, en la que algunos pacientes solicitaron el alta voluntaria por sentirse bien, no haber insumos, personal para el tratamiento de su patología, o demora en la realización de un estudio, en el trabajo realizado por Lorena Loira Batista la demora de los resultados, influye en la capacidad del usuario de soportar la incomodidad de permanecer internado en la institución, siendo uno de los principales motivos que los decide a irse a su casa antes de lo indicado. A veces es el familiar el que quiere irse y presiona al paciente. (Batista, 2018) En la atención hospitalaria de los pacientes, existe la probabilidad de que permanezca hospitalizado por mucho más tiempo del esperado. En este sentido es muy importante conocer las principales causas que generan la prolongación innecesaria de la internación hospitalaria para establecer medidas que permitan que el paciente sea dado de alta en el momento adecuado. (Ceballos-Acevedo T, 2014)

Otra de las causas que determinaron la solicitud del alta voluntaria fue el maltrato por el personal de enfermería, similar a los resultados del trabajo de

Moreno donde un 35,7% de los pacientes de Clínica Médica y un 42,3 % de los pacientes de Cirugía perciben violencia durante la atención hospitalaria. Estas percepciones de violencia corresponden a los pacientes más jóvenes. Al igual que en este estudio las conductas violentas se presentaron con mayor frecuencia durante los turnos de noche, entre las que se destacaron la “falta de atención” y el “trato frío” de parte del personal de salud. (Moreno, 2003) El aumento de la violencia percibida puede ser debido a un descenso del número de enfermeras, aumento de la carga de trabajo, bajo liderazgo, baja autonomía y mala relación con el personal médico. Como lo refiere Rubén Santiago Lara, el personal de enfermería es el proveedor más importante de la calidad de la atención que se proporciona al paciente hospitalizado debido a la relación directa y continua (Lara, 2019)

Algunos pacientes refirieron falta de respeto a su intimidad, tema sobre el que hace hincapié Ricardo Y. Vacarezza al referirse a la intimidad territorial, que en el caso del paciente hospitalizado se ve reducido al máximo, en la práctica a la cama y a una mesita de luz. Pareciera ser más importante el órgano afectado que la persona enferma, olvidando el respeto a la desnudez y el pudor del otro. Además, la falta de respeto a la privacidad se manifiesta al ser examinado en la cama del hospital por innumerables personas a las que generalmente desconoce y respondiendo preguntas relativas a su historia de vida personal, muchas veces sin una explicación previa del porqué son necesarios estos procedimientos y estas respuestas (Vacarezza Y, 2000)

Otros pacientes manifestaron dificultad en la comunicación sobre todo con el profesional médico. En el trabajo de Patricia Jiménez también son frecuentes las quejas acerca de la falta de comunicación y acercamiento del médico, los pacientes perciben el trato recibido por parte del personal médico muy distante, refiriendo que estos se han dedicado solo a valorar la parte afectada y no al paciente como persona. (Jiménez, 2000) . John Heritager en su estudio describe una fuerte relación entre la comunicación y el incumplimiento de las recomendaciones del equipo de salud (Heritager, 2006)

Hubo referencia a la falta de comunicación entre los profesionales, varios de los pacientes que firmaron el alta voluntaria lo hicieron por haber una discrepancia en la opinión de los médicos que los atendían; la asistencia sanitaria de calidad exige la compenetración de diversos profesionales para dar

una respuesta integral a las necesidades y requerimientos de salud de la población. Las organizaciones sanitarias consideran un objetivo esencial el lograr la coordinación y cohesión interprofesional. Hoy en día se necesita un “nuevo” profesionalismo colaborativo, esto se ve refrendado en el trabajo de José María Galán González Serna donde el 72% de los encuestados consideraban al compañerismo y a la comunicación entre los profesionales uno de los ítem más importante para lograr una buena atención sanitaria (González-Serna, 2013). Se impone tomar decisiones correctas para comunicar adecuadamente, como lo refiere José Arturo de Dios Lorente (Dios Lorente, 2009)

La **relación médico-paciente** es un pilar fundamental para la buena práctica de la medicina. Si nos remontamos a la Grecia Antigua se la refería como *philia pero* en la actualidad asistimos a un cambio o transformación en los roles que adoptan tanto médicos como pacientes. La falta de cumplimiento de los principios de la comunicación puede conducir a errores de diagnóstico médico y en ocasiones comprometer la seguridad y vida del paciente.

El trabajo de Elizabeth Lorenzi también identificó que los pacientes que solicitan el alta voluntaria reciben instrucciones del médico generalmente deficientes (Lorenzi, 2010).

Una revisión retrospectiva realizada en Filadelfia por Patricia Green en el año 2004 reveló que la mayoría de los pacientes solicitaron el alta voluntaria por razones personales: enfermedad o muerte de familiar, reconciliación con su cónyuge, problemas financieros, o cuestiones legales (Green, 2004)

Las incidencias de solicitud de alta voluntaria en estudios realizados en clínicas psiquiátricas variaron de 3% a 51%, en general fueron debidos a factores personales como edad temprana, estado civil soltero, género masculino, diagnóstico comórbido de trastornos de la personalidad o por uso de sustancias ilegales, actitud pesimista hacia el tratamiento, comportamiento antisocial, agresivo, antecedentes de varias altas voluntarias previas. (Brook, 2006) En un estudio realizado en Teherán, Irán, el índice de solicitud de alta voluntaria coincide con esta investigación, pero la causa manifestada por los pacientes fue “sentirse bien” (Forouzanfar, 2013)

7. CONCLUSIÓN

Este trabajo parte de la necesidad de conocer cuáles son las razones que motivan a los pacientes internados a solicitar el alta voluntaria para poder realizar acciones que impidan esta situación ya que está asociada a un incremento de la morbi mortalidad entre quienes la solicitan (Fiscella K, 2007). (Sourthem William, 2012) (Albayati, y otros, 2021) Para conocerlas, se diseñaron entrevistas que generaron un ámbito de confianza en el que el paciente pudo contar su experiencia. A partir de las conversaciones se pudieron conocer las razones que determinaron su decisión y categorizarlas en dos grandes grupos: factores internos y factores externos.

Los factores internos son aquellos referidos a situaciones propias de los pacientes como ser, entre otros, participar de eventos familiares, cuidar de niños y/o de domicilio; y los factores externos, aquellos asociados en su mayoría a violencia institucional. En este último grupo podemos destacar, maltrato por el personal de salud, mala relación con el médico, falta de comunicación, estadías prolongadas, falta de recursos, irrespeto a la intimidad y vulnerabilidad por situación de hospitalización.

Otra incógnita planteada al inicio del trabajo se refería a si los pacientes conocían los perjuicios asociados al pedir el alta hospitalaria. Podemos concluir que la mayoría no fueron informados y por lo tanto no conocían las desventajas de abandonar el hospital. Solo algunos pocos fueron informados y decidieron solicitar el alta asumiendo el riesgo.

También se intentó describir la relación con el médico en las situaciones en que el paciente solicita el alta. Cuando la razón se englobaba en algún factor interno, la relación con el médico era buena y los pacientes se retiraban con una serie de indicaciones y se comprometían a volver al hospital. En cambio, cuando los factores fueron externos, la relación con el médico no era buena. Había falta de comunicación de parte del profesional, el paciente no se animaba a expresar su disconformidad o no era comprendido, incluso en algunos casos el médico conminó a los pacientes a no regresar al nosocomio.

A partir de las entrevistas realizadas se puede concluir que la razón por la cual la mayoría de los pacientes solicitaron el alta voluntaria fueron vivencias considerados actos de violencia en el contexto de la internación.

El ser humano se sabe autónomo, pero se percibe vulnerable y la condición de hospitalización lo hace aún más vulnerable por su enfermedad y por estar sometido a un ambiente complejo y muchas veces desconocido. Debido a que la violencia es un concepto social e históricamente cambiante y depende de valores subjetivos, es común que se valore una acción como violenta de manera diferente. Como se describe en este trabajo la percepción de la violencia, según este universo de pacientes, está presente en la atención negligente, el trato irrespetuoso, la falta de comunicación e información. Los pacientes necesitan una atención humanizada, receptiva, resolutive y con calidad.

Las reacciones de los sujetos a hechos de violencia pueden variar entre la negación, la aceptación pasiva y/o banalización y naturalización o la resistencia a través de la solicitud del alta voluntaria como se demuestra en este estudio.

Los pacientes a menudo responden a la hospitalización con ansiedad, depresión y miedo, factores que pueden afectar su capacidad para razonar con eficacia, por lo que uno de los objetivos primordiales es identificar los diferentes factores que influyen sobre su salud y bienestar; pero la mayor apuesta es la visibilización de la violencia en el ámbito de la salud para lograr una transformación del sistema a través de una acción colectiva.

Esto nos obliga a reflexionar sobre las acciones necesarias para cambiar esta realidad. Es importante mejorar las condiciones de trabajo para eliminar la violencia institucional hacia el personal de salud para evitar que la transfieran a los pacientes; realizar talleres para concientizar sobre el grado de vulnerabilidad del paciente internado y así mejorar la empatía; talleres de comunicación en salud; charlas orientadas a los pacientes para empoderarlos y que no tengan temor de manifestar sus disconformidades.

El alta voluntaria es un problema prevalente y frustrante tanto para el paciente como para el personal sanitario lo que obliga a analizar las causas para poder implementar estrategias para evitar su solicitud

Este estudio abre nuevos interrogantes sobre la violencia institucional en salud por lo que sería muy positivo, tanto para los pacientes como para el personal de salud, incentivar la realización de investigaciones relacionadas a esta temática.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abraham, Z. (2011). Tiempo de estancia en medicina interna. Función del médico hospitalista. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 527-531.
- Albayati, A., Douedi, S., Alshami, A., Hossain, M., Sen, S., Buccellato, V., . . . Asif, A. 2. (2021). Why Do Patients Leave against Medical Advice? Reasons, Consequences, Prevention, and Interventions. *Healthcare* .
- Alonso, M. (2017). La relación médico paciente: consideraciones bioéticas. *Rev Peru Ginecol Obstet.*, 555.
- Álvarez, H. M. (2012). La autonomía: principio ético contemporáneo . *Revista Colombiana de Ciencias Sociales* , 115-132.
- Andorno, R. (2013). The dual role of human dignity in bioethics. *Philosophy*, 16(4), 967-973.
- Andorno, R. (2014). *Human Dignity and Human Rights*. Zurich : H.A.M.J. ten Have, B. Gordijn .
- Batista, L. L. (2018). Alta por solicitud: estudio sobre las percepciones de los pacientes y los profesionales. *Rev. bioét. (Impr.)*, 271-81.
- Bellamy, C. (2019). Violencia institucional y violación del derecho a la salud: Elementos para repensar la exigibilidad del derecho a la salud en el México actual . *Revista Latinoamericana de Derechos Humanos*, 131-154.
- Briñez Medrano, M. J. (2016). Dignidad Humana. *Metodología y Teoría de la Investigación Social*.
- Brook, M. (2006). Discharge against medical advice from inpatient psychiatric treatment: a literature review. *Psychiatr Serv*, 1192-8.
- Bullé-Goyri, V. M. (2013). REFLEXIONES SOBRE LA DIGNIDAD HUMANA EN LA ACTUALIDAD. *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*.
- Cano, M. V. (2016). Alta por solicitud contra indicación médica sin riesgo. *Rev. bioét. (Impr.)*, 147-55.
- Casado, M. (2009). "Sobre la dignidad y los principios. Análisis de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO. Barcelona: Civitas.
- Casillas González, E. (2017). Por una historia de la Bioética. *Rev Méd Electrón [Internet]*.
- Ceballos-Acevedo T, V.-R. P.-P. (2014). Duración de la estancia hospitalaria. Metodologías para su intervención. *Rev. Gerenc. Polít. Salud*, 274-295.
- Cohen-, S. A. (1991). *THE MEDICAL INTERVIEW: THE THREE-FUNCTION APPROACH*. EE UU: Mosby-Year Book,.
- Cultural, G. d.-P. (2017). *La Relación Médico Paciente. Patrimonio cultural inmaterial de la humanidad* . España: Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM).

- Denzin, N. (2010). Moments, Mixed Methods, and Paradigm Dialogs. *Qualitative Inquiry*, 419-427.
- Dios Lorente, J. A. (2009). La comunicación en salud desde las perspectivas ética, asistencial, docente y gerencial. *Medisan*.
- Duran, G. (1992). Principios, reglas y valores. En G. Duran, *La bioética. Naturaleza, principios, opciones* (pág. 15). Paris: Desclée de Brouwer.
- Emanuel, E. E. (1999). *Bioética para clínicos*. Madrid: Couceiro A.
- Enrago, P. L. (1964). *LA RELACIÓN MÉDICO-ENFERMO*. Madrid: EDICIONES CASTILLA, S. A.
- Etiene, K. (2002). El informe mundial sobre la violencia y la salud. *Biomédica*, 327-36.
- Fiscella K, M. S. (2007). Hospital discharge against advice after myocardial infarction: deaths and readmissions. *Am J Med*, 1047-1053.
- Flores, F. J. (2016). Bioética y asistencia sanitaria. *Revista Iberoamericana de Bioética*, 1-15.
- Forguione-Pérez. (2015). Comunicación entre médico y paciente: más allá de una consulta, un proceso educativo. *MÉD.UIS.*, 7-13.
- Forouzanfar, M. M. (2013). Discharge against medical advice in emergency department of a general hospital in Tehran. *Intl. Res. J. Appl. Basic. Sci. Vol.*, 5 (12), 1487-1490.
- Francesc, T. R. (2000). LOS LÍMITES DEL PRINCIPIO DE AUTONOMÍA. CONSIDERACIONES FILOSÓFICAS Y BIOÉTICAS. *ARS BREVIS*, 355-376.
- Gil-Borrelli. (2020). Violencia de odio en los servicios de urgencias de hospitales de tercer nivel. Primeros datos en España. *Gacetilla Sanitaria*, 561-566.
- Goberna-Tricas, J. (2018). El modelo deliberativo como propuesta frente a la falta de respeto, el maltrato y la violencia obstétrica en atención al parto. *Dilemata*, 53-62.
- González Quintana, C. (2000). BIOÉTICA: HISTORIA Y FUNDAMENTACIÓN. *MODULO 1 BIOETICA HISTORIA Y FUNDAMENTACION*.
- González-Serna, J. M. (2013). Valores éticos interprofesionales compartidos para una asistencia integral. *Cuadernos de Bioética XXIV*, 377-389.
- Gracia, J. L. (2006). La relación médico-enfermo a través de la historia. *an. Sist. Sanit. Navar*, 7-17.
- Green, P. (2004). Why Patients Sign Out Against Medical Advice (AMA): Factors Motivating Patients to Sign Out AMA. *THE AMERICAN JOURNAL OF DRUG AND ALCOHOL ABUSE*, 489-493.
- Henderson, V. A. (2000). Podemos dar un papel estelar a los pacientes. *Investigación y Educación en Enfermería*, 125-128.
- Heritager, J. (2006). PROBLEMS AND PROSPECTS IN THE STUDY OF PHYSICIAN-PATIENT INTERACTION: 30 Years of Research. *Annu. Rev. Sociol*, 351-74.
- Hernández-Torres. (2006). Importancia de la comunicación médico-paciente en medicina familiar. *Archivos en Medicina Familiar*, 137-144.

- <http://hospitalcordoba.com.ar/>. (2019). *Quienes somos* .
- Jiménez, P. (2000). Cuidados de la autoestima del paciente hospitalizado. *Revista Sociedad de Enfermería Geriátrica y Gerontológica*, 71-78.
- Kant, I. (1983). *FUNDAMENTACIÓN DE LA METAFÍSICA DE LAS COSTUMBRES*. Madrid: Espasa Calpe.
- Lara, R. S. (2019). Trato digno en el paciente hospitalizado en una institución de tercer nivel . *Universciencia - año 17 - núm. 50*.
- Lorenzi. (2010). Characteristics of voluntarily discharged patients: some reflections and a proposal. *Ann Ig*, 513-521.
- Luna, F. (2008). PLANTEOS CLÁSICOS Y TEORÍA DE LOS PRINCIPIOS. En L. F. F., *BIOÉTICA: NUEVAS REFLEXIONES SOBRE DEBATES CLÁSICOS* (págs. 23 - 78). MÉXICO - ARGENTINA - BRASIL - COLOMBIA - CHILE - ESPAÑA: FONDO DE CULTURA ECONÓMICA.
- Macklin, R. (2003). Dignity is a useless concept . *BMJ VOLUME 327* , 1419-1420.
- Madrigal, C. M. (2016). Autonomía. De su concepción a su concreción en ética biomédica . *Sincronía*, 103-113.
- Mancilla, M. C. (2020). La Importancia de la Comunicación en la Relación Médico-Paciente. *Medicina Preventiva y Salud Pública*.
- Martínez Muñoz, J. A. (2007). Autonomía. *Anuario Jurídico y Económico Escurialense*, 714-764.
- Miralles, Á. A. (2013). EL PRINCIPIO DE LA DIGNIDAD HUMANA COMO FUNDAMENTO DE UN BIODERECHO GLOBAL. *Cuadernos de Bioética XXIV 2013/2*, 201-221.
- Molina Ramírez, N. (2013). La bioética: sus principios y propósitos, para un mundo tecnocientífico, multicultural y diverso. *Revista Colombiana de Bioética*, vol. 8, núm. 2, 18-37.
- Molina Ramírez, N. (2013). La bioética: sus principios y propósitos, para un mundo tecnocientífico, multicultural y diverso. *Revista Colombiana de Bioética*, 18-37.
- Moore, P. (2010). La comunicación médico-paciente: ¿Cuáles son las habilidades efectivas? *Rev Med Chile 2010; 138: 1047-1054*, 1047-1054.
- Moreno, M. (2003). PERCEPCION DE VIOLENCIA DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LOS SERVICIOS DE MEDICINAY CIRUGIA DE UN HOSPITAL PUBLICO. *CIENCIA Y ENFERMERIA*, 29-42.
- Moreno, M. B. (2003). VIOLENCIA HOSPITALARIA EN PACIENTES. *CIENCIA Y ENFERMERIA*, 9-14.
- Morin, E. (1995). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa.
- Otero, M. (2017). La hipertrofia deL principio de autonomía en el debate bioético. *Cuadernos de Bioética*, 329-340.
- Paredes, P. (2006). Percepción de violencia y factores asociados, según usuarios de un consultorio y postade salud. Concepción. Chile. *CIENCIA Y ENFERMERIAXII*, 39-51.

- Pele, A. (2015). La dignidad humana: modelo contemporáneo y modelos tradicionales . *Revista Brasileira de Direito*, 11(2), 7-17.
- Pinker, S. (28 de Mayo de 2008). La estupidez de la dignidad. *The New Republic*, 28 de mayo, 2008.
- Postigo Solana, E. (2016). Principio de autonomía en Bioética . *Research* .
- Puyol, Á. (2012). Hay bioética más allá de la autonomía. *Revista de Bioética y Derecho*, 45-58.
- Puyol, A. (2012). Hay bioética más allá de la autonomía . *Revista de Bioética y Derecho*, 45-58.
- Rosa, E. H. (2019). La violencia: Reflexiones para el debate. *Universciencia*.
- Salles, A. L. (2008). ENFOQUES ÉTICOS ALTERNATIVOS. En A. L. Luna Florencia y Salles, *BIOÉTICA: NUEVAS REFLEXIONES SOBRE DEBATES CLÁSICOS* (págs. 79 - 133). MÉXICO - ARGENTINA - BRASIL - COLOMBIA - CHILE - ESPAÑA - ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA - PERÚ - VENEZUELA: FONDO DE CULTURA ECONÓMICA.
- Sanabria, G. (2012). La Comunicación Médico Paciente. *Rev. Inst. Med. Trop* .
- Sánchez, E. H. (2004). La no comunicación en la interacción médicopaciente. *Actas del VI Congreso Nacional de Lingüística General*.
- SEBASTIÁN, D. –S. (2016). *AUTONOMÍA DEL PACIENTE Una propuesta contextual y multidimensional de la autonomía en ética asistencial*. DONOSTIA – SAN SEBASTIÁN.
- Simon, R. (2007). Refusal of Care: The Physician-Patient Relationship and Decisionmaking Capacity. *j.annemergmed*.
- Siurana Aparisi, J. C. (2010). Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. *VERITAS*, 121-157.
- Sourthem William, N. S. (2012). Increased risk of mortality and readmission among patients discharged against medical advice. . *Clinical research study.*, 594-602.
- Tealdi, J. C. (2008). *Diccionario Latinoamericano de Bioética*. Colombia: UNESCO.
- Torres, O. Y. (2018). El alta voluntaria y la fuga en los servicios de urgencias: un reto con implicaciones éticas y médico-legales. *Emergencias* , 433-436.
- Vacarezza Y, R. (2000). De los derechos del paciente . *Revista médica de Chile*, 1380-1384.
- Valero, I. A. (2016). *Autonomía del Paciente*. Donostia. San sebastián .