

Manual de Bioética

Enrique de Mestral

Manual de Bioética

4a. edición actualizada.
EFACIM

Editorial de la Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de Asunción

EDITORIAL EFACIM

Dr. José P. Montero esq. Dr. Mario Mazzei

Telefax: (59521) 420187

E-mail: efacim@med.una.py

Web: www.med.una.py

Asunción, Paraguay

Dirección Editorial: Nelson Rolando Apuril C.

2014

© **Enrique de Mestral** - Director y Compilador enrique.de.mestral@gmail.com

© **EFACIM**

Edición al cuidado de **Enrique de Mestral**

Responsabilidad Intelectual por los derechos de la presente obra: **Enrique de Mestral.**

Derecho Intelectual: 10.412

ISBN: 978-99953-40-71-1

Queda hecho el depósito que previene la Ley N 1.328/98

Primera Edición: 2006

Segunda Edición: 2009. Ampliada y Actualizada

Tercera Edición: 2013. Corregida.

Referencias curriculares

Dr. Enrique de Mestral

Doctorado en la Universidad de Lausanne (Suiza)

Magister en Bioética - ULIA

Profesor Titular de Medicina Interna. F.C.M. - U.N.A.

Profesor de Ética médica y Bioética. F.C.M. - UNA

Jefe de la Cátedra de Bioética. Universidad del Pacífico

Especialista en Geriátría y Medicina Familiar.

Coordinador del Curso de Especialización en Cuidados Paliativos - UNA

Coordinador del Curso de Especialización en Geriátría - UNI

Otras obras:

Manual de Geriátría. 2008.

Manual de Medicina Familiar. 2008.

Manual de Cuidados Paliativos. 2014.

Referencias curriculares de los invitados a esta obra

Dra. Imelda Martínez de Núñez

Profesora titular de la FCM – UNA
Jefe de Departamento de Hematología, Hospital de Clínicas
Diplomada en Bioética, ULIA sede España
Miembro del Comité de Bioética - Hospital de Clínicas
Coordinadora del Comité de Bioética del IPS
Docente de Bioética en el Curso de Postgrado. UCA
Docente de Bioética. Escuela de Enfermería- IAB – UNA
Par evaluador nacional e internacional de las Carreras de Medicina
Licenciada en Humanidades. UCA
Especialista en Medicina Interna, Hematología y Bioética

Dra. Julia Rivarola

Especialista en Pediatría y Bioética
Miembro del Comité de Bioética - Hospital de Clínicas
Auxiliar de la Enseñanza de la Cátedra de Medicina Legal y Deontología de la F.C.M. - U.N.A.

Profesora de Bioética Escuela de Enfermería y Obstetricia del Instituto de Andrés Barbero
Ex Miembro de la Comisión Nacional para el Desarrollo de la Bioética.
Docente de Pre y Post grado de Bioética. FCM - UNA

Dra. Elena de Mestral de Giménez

Miembro del Comité de Bioética - Hospital de Clínicas
Unidad de Cuidados Paliativos - Hospital de Clínicas
Especialista en Geriátrica, Cuidados Paliativos y Bioética. FCM - UNA
Diplomada en Cuidados Paliativos, Universidad de Grenoble (Francia)

Dra. Fátima Ayala de Mendoza

Profesora Adjunta de la F.C.M. - U.N.A.
Profesora de la Universidad del Pacífico
Especialista en Medicina Interna y Nutrición Clínica.

Dr. Umberto Mazzotti

Miembro del Comité de Bioética del Hospital de Clínicas
Especialista en Oncología, Bioética y Cuidados Paliativos. FCM - UNA
Ex Director de la Clínica de la Divina Providencia

Dr. Hugo Bianco

Jefe de la Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos Hospital de Clínicas.
Coordinador médico de Terapia adultos del Centro Emergencias Médicas

Dra. Sara Florentin

Especialista en Medicina Interna, Neurología y Bioética

Jefa del Departamento de Neurología de la Cátedra de Medicina Interna F.C.M – U.N.A

Jefa de sala del Servicio de Neurología del Hospital Central IPS

Miembro del Comité de Bioética del Hospital Central IPS

Ex Coordinadora y miembro del Comité de Bioética del HC IPS

Prof. Dra. Miriam Riveros Ríos

Doctor en medicina por la Universidad Nacional de Asunción

Profesor asistente Cátedra de Medicina Familiar. FCM - UNA

Especialista en Medicina Familiar, Geriátrica y Bioética - UNA

Master en Cuidados Paliativos Universidad de Valladolid (España)

Miembro del Comité de Bioética del Hospital de Clínicas

Miembro del Comité de Ética de Investigación. FCM - UNA

Prof. Dr. Andrés Szwako

Doctor en medicina y cirugía. FCM – UNA

Jefe de Cátedra de Medicina Familiar. FCM – UNA

Profesor asistente de Medicina Familiar. FCM – UNA

Profesor asistente de Ética Médica y Bioética. FCM – UNA

Especialista en Medicina Familiar y Bioética

Magister en Educación Médica Superior. FCM – UNA

Magister en Medicina Familiar. UCMB

Prof. Dra. Márcia Melo Martins

Especialista en Bioética – UNA

Médico Internista y Especialista en Reumatología

Profesor Adjunto Patología Médica II. FCM – UNA

Prof. Dr. Lindolfo Mendoza

Profesor asistente de la Cátedra de Gineco-obstetricia UNA

Profesor asistente Cátedra de Etica Medica y Bioetica. UNA

Especialista en Gineco-obstetricia UNA

Especialista en Ecografía General UNA

Especialista en Perinatología UNA

Master en Medicina Perinatal UNA

Índice

Prólogo..... 17

Temas de fundamentación de la Bioética

Introducción..... 21

Dr. Enrique de Mestral

I) La ética y corrientes 23

Dr. Enrique de Mestral

II) Ser persona 31

Dr. Enrique de Mestral

III) Las virtudes 35

Dr. Enrique de Mestral

IV) Sufrimiento, espiritualidad, y medicina..... 37

Dr. Enrique de Mestral

V) Cultura post moderna 39

Dr. Enrique de Mestral

VI) Bioética y sus principios personalistas..... 41

Dra. Julia Rivarola

Ética Clínica

VII) Bioética y ética clínica 49

Dr. Enrique de Mestral

VIII) Consentimiento informado..... 53

Dra. Elena Lugo

IX) Relación Médico Paciente..... 57

Dra. Márcia Melo Martins

X) Medicina centrada en el paciente 61

Dr. Enrique de Mestral

XI) La ética profesional 65

Dr. Enrique de Mestral

XII) Bioética e investigación científica	73
Dr. Enrique de Mestral	
XIII) Mala praxis	81
Dr. Enrique de Mestral	
XIV) Comité de bioética hospitalaria	85
Dr. Enrique de Mestral	
XV) Valores y virtudes del médico.....	89
Dra. Imelda Martínez de N.	
XVI) El paciente: sujeto de derechos	95
Dra. Imelda Martínez de N.	
XVII) Actualidad del Juramento hipocrático	101
Dra. Julia Rivarola	
XVIII) Atención Primaria de Salud y la Ética	105
Dr. Andrés Szwako	

Inicio de la vida

XIX) Ética al inicio de la vida. Aborto provocado	111
Dra. Julia Rivarola	
XX) Planificación familiar. Aspectos científicos y éticos	119
Dra. Julia Rivarola	
XXI) Genoma humano. Implicancias éticas	133
Dr. Enrique de Mestral	
XXII) Enfermedades genéticas y elección de género	139
Dr. Enrique de Mestral	
XXIII) Utilización de células madre para investigación	141
Dr. Enrique de Mestral	
XXIV) Aspectos éticos y científicos de la fertilización in vitro y transferencia de embrión (FIVET)	145
Dra. Julia Rivarola	
XXV) Ética y sexualidad.....	149
Dr. Enrique de Mestral	

Final de la vida

XXVII) Transplante de órganos	155
Dra. Imelda Martínez de N.	

XXVIII) Consideraciones éticas sobre los transplantes de órganos	163
Dr. Enrique de Mestral	
XXIX) Aspectos éticos del paciente con Sida	169
Dra. Fátima Ayala de Mendoza	
XXX) Bioética y Sida.....	171
Dra. Julia Rivarola	
XXXI) Los cuidados paliativos.....	175
Dra. Elena de Mestral de G.	
XXII) Eutanasia	181
Dra. Imelda Martínez de N.	
XXXIII) Muerte encefálica	191
Dra. Sara Florentín	
XXXIV) Comunicación con el paciente terminal	197
Dr. Umberto Mazzotti	
XXXV) Bioética en cuidados intensivos.....	207
Dr. Hugo Bianco	

Ecología

XXXVI) Ecología, medio ambiente, y bioética.....	217
Dra. Imelda Martínez de N.	
XXXVII) La nueva ética mundial	223
Dr. Enrique de Mestral	
XXXVIII) Cuidados paliativos. Acceso universal como derecho humano	
Dra. Miriam Riveros Ríos	

Anexos

• Grilla de análisis de un protocolo de investigación.....	243
• Ejemplo de consentimiento informado (modelo).....	247
• Directriz/exoneración médica por anticipado de testigo de Jehová....	249
• Artículos del Código Penal (Ley 1160/97) que competen a los agentes sanitarios.....	250
• Código de ética para enfermeras	260
• Secreto profesional.....	261
• Ley natural.....	263
• Ley N° 3940/2009. Que establece derechos, obligaciones y medidas preventivas con relación a los efectos producidos por el virus de inmunodeficiencia humana(VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida(SIDA).	

Glosario	265
-----------------------	------------

Prólogo

El desafío de publicar la cuarta edición del Manual de Bioética del Profesor Enrique de Mestral y colaboradores es un emprendimiento loable, atendiendo a los cambios permanentes que plantean la ciencia y el incremento de información sobre el obrar humano.

El siglo pasado nos ha planteado a los seres humanos diversas visiones totalizantes del mundo mediante el dominio del poder, la hegemonía y la fuerza: ideologías tales como el liberalismo, fascismo, nazismo, marxismo, imponiendo una interpretación excluyente y unilateral de la realidad que daría respuesta a los problemas de la convivencia humana. Estas ideologías han demostrado sin embargo sus enormes falencias con la secuela de formas de vida destructivas a la misma sociedad.

Así, a principios del siglo XXI, nos encontramos con una humanidad culturalmente postmoderna que ha comprendido aparentemente el peligro que conllevan los sistemas totalitarios sobre el devenir del mundo, pero que se encuentra desorientada y carente de fines y de sentido sobre los motivos últimos de la vida humana y de la vida buena, sobre la necesidad de su relación con las demás personas, y su relación con la naturaleza misma de las cosas. Esto nos indica a una humanidad que aparece extraviada respecto de las preguntas humanas fundamentales ¿quién soy? ¿de dónde vengo y adónde voy? ¿qué significan la libertad y la muerte? ¿cuál es el sentido último de mi actuar y mi vida?

Es este extravío el que provoca un creciente interés por la antropología, por saber realmente quién es el hombre, qué lo constituye, de dónde proviene su valor y dignidad. El lector encontrará claro en este texto que esa dignidad viene del hecho ontológico de que el ser humano es persona, un “ser corpóreo – espiritual de naturaleza racional”, un ser incomparable con nada fuera de él mismo, irrepetible, libre, con afectos y sentimientos, con autoconciencia propia que le confiere una capacidad única para juzgar la realidad. De aquí se desprende que lo ético y la ética como ciencia es y debe ser concebida como un tratado sobre el amor que es debido a la persona, una persona que no solo es objeto de ese amor sino a la vez y sobre todo sujeto de este amor debido. Es que solo el amor nos hace conscientes del valor de la dignidad de ser personas.

Este libro de bioética justamente se fundamenta en principios de una ética personalista que propone a la persona humana y su valor ontológico, irreductible, como centro y fin del actuar humano. Es así como la actividad médica, tecnológica e investigativa pueden y deben buscar la realización plena de cada ser humano, por lo que éste es, más allá de sus cualidades intelectuales o sociales.

Es por eso que esta unión entre ética y antropología, entre el deber ser y el ser, constituyen el eje metafísico del personalismo al que se refiere en esta obra. Ahora, esta unión no nace solo de deliberaciones teóricas sobre qué es el hombre y cómo debe actuar en distintas situaciones, sino que parte sobre todo de una experiencia en la profesión, una experiencia humana. En este manual se leen, ciertamente, fundamentos, principios, pensamientos, que no son otra cosa que frutos de una experiencia de vida que los autores desean comunicar a los lectores, quienes al encontrarse en las mismas situaciones existenciales que los anteriores, puedan verificar la verdad de los mismos y así convertirse en enseñanzas enriquecedoras para su práctica médica y vida diaria.

Finalmente, es deseo de los autores que de la lectura y estudio del texto y de sus temas, se posibilite un diálogo abierto y provechoso no solo de la comunidad interesada en estos temas sino de la sociedad en general. Es una invitación, en suma, a nutrir nuestro yo, y a construir nuestra sociedad.

Dr. Mario L. Meyer

Oncólogo Médico

Jefe de Cátedra de Oncología, UCA-Asunción

Especialista en Bioética

***Temas de
fundamentación
de la Bioética***

Introducción

Dr. Enrique de Mestral

Existe una tendencia a crear una sociedad liberal donde los valores de referencia absolutos dejarán de existir y donde el bienestar será lo único por lo que valga la pena luchar.

Ya se tuvo la experiencia de los sistemas totalitarios (tanto de derecha como de izquierda) en los que se prescindió del sentido moral de las personas, lo que ha llevado al nihilismo y a la atrofia de las conciencias de estas sociedades.

«En la actualidad, un obstáculo particularmente insidioso para la obra educativa es la masiva presencia, en nuestra sociedad y cultura, del relativismo que, al no reconocer nada como definitivo, deja como última medida sólo el propio yo con sus caprichos; y, bajo la apariencia de la libertad, se transforma para cada uno en una prisión, porque separa al uno del otro, dejando a cada uno encerrado dentro de su propio “yo”» (Ratzinger).

El relativismo se puede considerar hoy como producto de la cultura post-moderna. Pero si compete a las mayorías definir las reglas morales, una mayoría podrá imponer mañana reglas contrarias a las de ayer. Sin embargo, con el racionalismo occidental, hemos destruido los antiguos valores morales, sin ofrecer nada a cambio.

Aceptar incondicionalmente el relativismo, tanto en el ámbito de la religión como en las cuestiones morales, lleva a la destrucción de la sociedad.

En lo referente a la sexualidad, desde el momento en que se la considera como un fenómeno puramente biológico, deja de tener sentido una moral sexual. Los jóvenes contraen matrimonio con menor frecuencia. Desde luego que si se miran y se desean como cosas, no puede surgir un compromiso de responsabilidad, fidelidad y apertura a la vida.

Existe la tendencia en todos los países desarrollados, y luego impuesto a los países pobres a través de políticas internacionales, a la exclusión de los desfavorecidos (embriones, fetos, malformados, discapacitados, dementes) mediante la lucha por la implantación de leyes que permitan a la sociedad decidir sobre sus vidas (abortos, eugenesia, eutanasia, suicidio asistido). Hay que tener el valor de decir no, cuando lo que está en juego es el hombre.

¿Qué lugar dejan la ciencia y la técnica a los valores éticos, cuando consideran a los embriones y fetos como objetos? ¿Cómo liberar a la ética del arrinconamiento que pretenden estas nuevas conquistas del conocimiento y de la experimentación?.

La ciencia puede ser muy útil a la humanidad pero asumiendo su dimensión moral. El ocultamiento de la conciencia moral, eclipsa al hombre mismo.

La corriente personalista de la Bioética quiere hacerse garante del respeto a la dignidad humana desde su concepción hasta la muerte natural, elevándose como defensora de los mas débiles y los sin voz.

El que se pone fuera o por debajo de su dignidad racional camina por su capricho y va a la ruina (1). Se puede discernir entre el bien y el mal. **El bien del hombre** reside fundamentalmente en la rectitud de su obrar, es decir, en que su conducta se encamine a la correcta perfección del sujeto humano por su conformidad con la naturaleza humana. **La recta razón** significa que no está desviada a fines no racionales, en los que la razón no se reconoce, como sería el simple deleite de los sentidos o la pura afirmación de la voluntad (terquedad). Por eso se puede afirmar que el bien moral es el bien conveniente a la naturaleza humana, según el principio de la recta razón (2).

El mal se puede ver, en el plano físico, como una privación de una perfección del ente (una discapacidad) o, en el plano moral, como la privación de la bondad moral.

Bibliografía

1-Núñez, S. Fines y medios adecuados. ABC 13 dic. 2.008.

2-Bochaca, J. G. Curso de Filosofía fundamental. Rialp, Madrid, 1.987.

La ética y corrientes

Dr. Enrique de Mestral

Filosofía especulativa:

- Metafísica (estudio del ser y sus causas últimas, búsqueda de la verdad).
- Cosmología o estudio de la naturaleza.
- Teodicea o el estudio del conocimiento de Dios por la razón.
- Antropología: estudio del hombre.
- Psicología racional o estudio de: los seres vivos, la vida sensitiva, el intelectual y el alma humana.
- Lógica que trata del raciocinio, movimiento de la mente por el que procedemos de varias verdades conocidas, al compararlas entre sí, a una verdad inteligible que desconocíamos. Puede utilizar el **método deductivo**, como los silogismos o el **inductivo** donde se parte de hechos particulares adquiridos por la experiencia sensible y se llega a verdades universales. Este último es el utilizado por la medicina.
- La gnoseología o teorías del conocimiento.

Filosofía práctica que mira en cambio, al bien realizable a través de la acción (**Ética**).

Las **ciencias positivas** descomponen analíticamente las diversas dimensiones de la persona y del mundo y las estudian por separado.

La **Ética** es el saber filosófico cuya misión es dirigir la conducta hacia el bien perfecto o fin último de la persona. Debe ayudarnos a distinguir el bien verdadero del bien aparente, para que la voluntad pueda dirigirse al primero y evitar el segundo, que en realidad es un mal. Solo la orientación de la voluntad libre hacia el bien humano es intrínsecamente buena en sentido moral, es decir, solo ella es virtuosa.

Tratamos aquí de una rama de la filosofía que **estudia los actos humanos libres en cuanto son buenos o malos, los hábitos (virtudes o vicios), las consecuencias morales de las acciones** y pueden resultar en un conjunto de normas, código de conducta.

La ética es pues la búsqueda del bien, búsqueda del ser, debe forjar el núcleo moral de la persona, que la dispone para dejarse mover por buenos motivos. Es ciencia del bien y del mal, esfuerzo de reflexión, búsqueda normativa, reflexión sobre las bases de la acción, sobre la opción a elegir, el porqué del actuar, la raíz de la propia obligación moral, analiza los valores.

En la práctica, la **Ética es una filosofía de las virtudes y de los vicios humanos.**

La aspiración natural a la felicidad es irrenunciable. Tanto Aristóteles como Santo Tomás de Aquino y Santa Teresa de Jesús coinciden en que la felicidad perfecta es la actividad contemplativa, que es un género de vida totalmente orientado a la búsqueda de la verdad, a la sabiduría y que implica purificación y en cierto sentido auto trascendencia. En segundo lugar sería buscar lo bueno por sí mismo, es decir, la vida conforme a la razón o vida virtuosa. Aristóteles explica también que la vida feliz requiere un óptimo ajuste entre hombre y mundo, con lo que la felicidad depende también de la fortuna, del destino, o de la benevolencia de los dioses.

La Ética trata de llevar al hombre hasta un nivel de reflexión que le permita elevarse por encima de las necesidades y circunstancias inmediatas, para indagar racionalmente acerca del bien de la vida humana vista en su conjunto.

La Ética quiere determinar lo que es razonable buscar como fin último y, sobre esa base, pronunciar indicaciones normativas y juicios de valor sobre los diversos proyectos de vida que los hombres trazan para sí mismos.

Lo que más define a la categoría ética de una persona es el sentido que da a su vida, es decir, el género de vida que ha decidido vivir o, en sentido más técnico, la concepción del fin último que asume prácticamente.

La Ética considera la tarea que las pasiones (sentimientos y emociones) plantean a la razón, a la voluntad y a la libertad en su recta ordenación moral. La razón práctica debe pues interpretar, valorar, dirigir o corregir a la afectividad.

La moral es el gobierno de la propia conducta, la cual es verdaderamente libre precisamente porque es la persona, y no el instinto o la necesidad, la que proyecta y regula. Los actos morales se juzgan por la intención, por las acciones en sí mismas y por las circunstancias.

La libertad, como tarea moral, es la liberación de la ignorancia y de los impulsos desordenados y de la miseria moral. Según San Agustín, la virtud es el buen ejercicio de la libertad.

En resumen, el ser humano debe integrar armoniosamente sus instintos, su afectividad y su razón.

Tradiciones éticas: Latina y Anglosajona

El mundo latino tiene como fundamento la ética griega, la estoica en particular, que fue reforzada por la cultura cristiana. Existen normas absolutas, heterónomas a las que hay que obedecer. Y en la óptica cristiana, siendo Dios el creador de la naturaleza, es Él mismo el que impone las leyes naturales, siendo por lo tanto divinas.

En la cultura latina se interpretó estas leyes como extraña, ajena, impuesta, sancionadora, amenazante, culpabilizadora y como despersonalizante.

Esta cultura afirma la existencia de estas normas pero no cree en ellas. Podrán especificarse todas las normas pero el latino encontrará la manera de contornearlas y no cumplirlas, porque no las hace suyas, no es capaz de introyectarlas. El latino tendería a utilizar su autonomía para transgredir la norma antes que cumplirla, buscará la excepción o la transgredirá directamente.

Aristóteles mismo afirmaba en la “Ética a Nicómano” que la amistad está por encima de la justicia. Entonces hemos aprendido que, amparados en la amistad podemos resolver nuestros problemas legales y contornear la justicia. La importancia de la amistad se ve también en la utilidad de la buena relación médico-paciente, donde una vez establecida una sólida amistad por la buena comunicación, el paciente no buscará denunciarlo aunque haya habido alguna mala praxis. Esta mentalidad es tal vez la causa del atraso de nuestras sociedades comparadas con las de origen anglosajón, donde nació otra tradición ética basada en un lenguaje de lo correcto y lo incorrecto, el del derecho y el deber.

El ejemplo paradigmático es la ética autónoma de Kant, una ética del individuo frente a la ética de la naturaleza y de la ley natural. En ella, el ser humano es el legislador, se da a sí mismo su norma moral, es un hecho de la razón humana, la norma viene de adentro. Esto hace que la cultura anglosajona crea en la norma. El desarrollo de pueblos con esta mentalidad ha sido patente (EEUU, Canadá, Europa del Norte, Australia) en comparación con el mundo latino. Y en América Latina hubo otro fenómeno más, que fue la imposición a los aborígenes de la cultura cristiana, la lengua, el derecho romano. Hay aún mayor oposición a las imposiciones de parte de las poblaciones autóctonas o del mestizaje resultante de la historia de la conquista. Y veremos en nuestros pueblos una desconfianza general por la no observancia de la ley en cuanto se pueda. Y este mismo desorden trae el atraso.

Los principios generales (clásicos) de la ética son: “Se debe hacer y procurar el bien, y se debe evitar el mal”, “Dar a cada uno lo suyo”, “Vivir honestamente”. Éstos son absolutos e inmutables, pues como decía Cicerón: “ésta ley es la recta razón en cuanto manda o prohíbe, ley que, escrita o no, quien la ignore es injusto”. Y los principios de la bioética, sean de la corriente que sean, deben derivarse de éstos.

Diversas corrientes y modelos en Ética:

Puesto que no está dicha la última palabra, para avanzar en el campo de la bioética, el camino procede por ensayos y aproximaciones. Veremos que las corrientes difieren según los valores y los principios que se tengan en consideración. La búsqueda de la verdad es buena en sí. Santo Tomás de Aquino señalaba: “No te lances de pronto al mar, sino acércate por los riachuelos, porque a lo difícil se ha de llegar por lo fácil, guarda en la memoria todo lo bueno que oigas, sin reparar en quién lo dijo; trata de entender cuanto leas y oigas; cuando tengas alguna duda, aclárala; acumula cuantos conocimientos puedas en el arca de tu mente, como quien trata de llenar un vaso; no busques lo que sea superior a tus fuerzas”.

A grandes rasgos podemos decir que están: a) las **éticas consecuencialistas** (proceso de deliberación evaluando qué conducta es preferible atendiendo a las consecuencias posibles o probables de cada curso de acción, valora las acciones por sus resultados, buscando la felicidad para el mayor número de personas; no descansa en la adecuación de un deber); b) las **éticas deontologistas** (aceptan que hay actos malos en sí mismos que no son aceptables para conseguir ciertos fines, que las consecuencias de las acciones no determinan su bondad, existen normas que limitan nuestro actuar, la dignidad de lo humano es absoluta e irrenunciable) y c) el **principialismo**, que trata de proponer la “palanca” que buscaba Arquímedes, “Dadme un punto de apoyo y moveré el mundo”, la intelección de una verdad universal. Esta ley de la palanca tiene un verdadero valor paradigmático: por medio de un instrumento el hombre es capaz de multiplicar indefinidamente su propia fuerza y puede imaginar como posible en la realidad su maximización, de forma que sea capaz de vencer cualquier obstáculo.

Ética descriptiva y modelo sociobiológico

Fundamenta la norma ética basándose en los hechos, lo que da como resultado la relativización de los valores y normas. Según esta perspectiva, la sociedad en su evolución produce y cambia valores y normas, que son funcionales para su desarrollo, de la misma manera que los seres vivos en su evolución biológica han desarrollado ciertos órganos con la finalidad de que cumplan una función y, en definitiva, para mejorar su propia existencia.

En las condiciones evolutivas actuales, en las que aparece ya una nueva situación del hombre en el cosmos y en el mundo biológico, se debería pensar un nuevo sistema de valores, porque el precedente no es adecuado ya para configurar el «ecosistema» que se está estableciendo.

Por esto, la vida del hombre no sería sustancialmente distinta de las diversas formas de vida y del universo con el que se vive en simbiosis. Desde este punto de vista, la ética desempeña la función de mantener el equilibrio evolutivo, el equilibrio de la mutación de la adaptación y del «ecosistema».

Es una ideología en la que no es posible reconocer alguna unidad estable y la universalidad de los valores. Así incluso los delitos más atroces de la historia serían delitos sólo para nosotros y sería un inútil esfuerzo tratar de definir los derechos humanos.

Ética subjetivista o liberal-radical (Chalesworth). La moral no se puede fundamentar ni en los hechos, ni en los valores objetivos, sino sólo en la opción autónoma del sujeto. Se trata de una “liberación de vínculos y coacciones” donde se hace posible el aborto, la elección del sexo, la reproducción asistida, la libertad para investigar, la eutanasia, el suicidio.

La única moralidad común o consenso ético posible sería aquél fundado en los valores liberales primarios -autonomía moral, igualdad y justicia basadas en la autonomía, y sus valores anexos-. En dicha sociedad, no puede haber ningún consenso sobre valores de segundo orden, ‘parcia-les’ o confesionales, por ejemplo que el matrimonio heterosexual y monógamo (como los cristianos mantienen) es la forma éticamente preferida de formato de familia; que el final deliberado de la vida de uno va contra la voluntad de Dios (como creen los judíos ortodoxos), o que los trasplantes de órganos violan la integridad del cuerpo y el espíritu (como sostienen los budistas); y, aún más controvertido, que el aborto es equivalente al asesinato de los inocentes (como muchos cristianos apoyan).

Es el liberalismo tardío que propone el consenso racional como base de la normatividad moral. Lo racional es la búsqueda del mayor beneficio, es lo que le favorece. No hay garantía de su cumplimiento. Y es revisable.

El Consenso (Adela Cortina, Habermas). Se busca el consenso racional, una búsqueda cooperativa de la verdad con una base moral mínima (ética de mínimos). Mecanismo legitimador de normas. Existe el peligro de identificar la dimensión moral del hombre con las normas legitimadas por consenso, equiparando lo moral con la moral cívica y a esta última con el mundo de las normas. Lo moral trasciende con mucho el ámbito de lo deóntico. Ese mínimo de normas consensuadas se va plasmando en normas positivas que constituyen las reglas de juego de la vida ciudadana.

Las éticas del diálogo se llaman también procedimentales, porque piensan que lo justo sólo puede ser decidido cuando se adopta el consenso como procedimiento. Apel y Habermas consideran que si las normas afectan a todos, deben emanar del consenso mayoritario. Sin ser una solución perfecta -porque tal perfección no existe-, el consenso es quizá la mejor de las formas de llevar la ética a la sociedad, la menos mala. Pero es preciso aclarar que la ética no nace automáticamente del consenso, pues hay consensos que matan. Interesante señalar que la UNESCO sostiene la Bioética del Consenso, pluralista, pluricultural, sustitutiva de la ética médica tradicional.

Crítica: La ética no nace del consenso; hubo consensos inhumanos, como la esclavitud durante siglos. El debate no es el último fundamento de la ética. No se puede discutir si es lícito matar a la propia madre (Aristóteles).

Sócrates muere condenado por sabios pero envidiosos. Los proyectos morales, son propuestas de máximos; bosquejan ideales humanos de felicidad desde el arte, las ciencias y la religión. A la moral le preocupa también los máximos y no sólo los mínimos normativos, le preocupa los valores en los que merece la pena empeñar la vida.

Ya Cicerón avizoraba la ética del consenso cuando decía: “Si los mandatos de los pueblos, los decretos de los gobernantes, las sentencias de los jueces fundasen el derecho, de derecho sería el robo, el adulterio, el falso testimonio, si en su apoyo tuviesen los votos o aprobación de la multitud. Si en los juicios y mandatos de los ignorantes existe tanta autoridad que los sufragios cambian la naturaleza de las cosas, ¿por qué no decretan que lo malo y pernicioso sea declarado en adelante como bueno y saludable?, ¿y por qué la ley de que lo injusto puede hacer lo justo no podrá hacer del mal un bien?”

El contractualismo, (Engelhardt) criterio del acuerdo intersubjetivo estipulado por la comunidad, como el que valgan menos todos aquellos que no forman parte todavía de la comunidad (embriones). Imposibilidad de llegar a una ética universal. Se da el recurso al **permiso** de las personas implicadas, como la fuente de la autoridad moral y se debe respetar la libertad de todos los participantes en una controversia moral. Existen amigos y extraños morales según la coincidencia que se tenga sobre los valores en un grupo dado.

El casuismo analiza las situaciones concretas y trata de comparar con casos paradigmáticos cuya solución ya se conoce. Se decide en cada caso. Es subjetiva.

Ética pragmática - utilitarista (eudaimonística, que busca la felicidad). Sus exponentes: Peter Singer, Stuart Mill, Bentham.

Cálculo de las consecuencias de la acción con base costo-beneficio. Evaluación grato-desagradable (Hume) del individuo y maximizar el placer, minimizar el dolor y ampliar la esfera de las libertades personales. Reduce el valor de la persona a sus propiedades biológicas, genéticas o sociales. Se elabora el concepto de “calidad de vida”, concepto que podría explicarse como la distancia entre las expectativas y la realidad. Estas fórmulas confrontan factores que no son homogéneos (salud y productividad, terapia y disponibilidad de fondos) y acaban suspendiendo las terapias.

Para **Singer**, el fundamento del ser persona es la capacidad de tener conciencia, por lo tanto, hay una distinción entre ser humano y persona. Los valores morales no cuentan para nada y las personas no poseen una dignidad inviolable. La ética es completamente relativa o subjetiva. Utiliza las consecuencias como único criterio del juicio moral, prescindiendo de los demás componentes de los actos morales. Sería ser humano todo ser vivo de la especie homo sapiens sapiens, mientras que sería persona sólo aquel ser humano capaz de realizar actos de razón.

Esto significa que ni el embrión, ni el feto, ni el anencéfalo, ni el individuo en coma, ni el enfermo con grave discapacidad, son personas. Esta concepción antropológica, seguida de un razonamiento meramente pragmático, hace que la posición de Singer derive hacia posiciones liberales en las que está permitida la eugenesia, la eutanasia, el aborto, entre otros. Esta ética busca resultados. Los medios pueden no importar. Ejemplo: Reproducción asistida.

En este campo de la búsqueda de la felicidad y de la calidad de vida, se llega a reducir la categoría de persona a la de mero ser que siente y da como consecuencia: a) que no se tome en consideración la protección de los intereses de los individuos “insensibles” en coma vegetativo, b) que se justifique la eliminación de los individuos que sienten pero cuyo sufrimiento supera al placer, o de los individuos que provocan a los demás cuantitativamente más dolor (discapacitados); c) que se justifiquen las intervenciones que suprimen incluso la vida humana con tal de suprimir únicamente el sufrimiento (aborto eugenésico y eutanasia).

Ética normativa (deontonómica): se rige por reglas establecidas por algún legislador moral. Nos indica preceptos positivos y negativos. Se busca el cultivo de los valores y las virtudes.

Ética personalista (Elio Sgreccia): el bien moral consiste en la afirmación de la dignidad de la persona. Hace referencia a valores absolutos.

La **persona** es entendida como ens ratione praeditum (ente dotado de razón). Boecio la define como “sustancia individual de naturaleza racional”. En el hombre, la personalidad subsiste en la individualidad constituida por un cuerpo animado y estructurado por un espíritu. El hombre es persona porque es el único ser capaz de reflexionar sobre sí mismo, de autodeterminarse. Es el que tiene la capacidad de captar y descubrir el sentido de las cosas, el sentido de expresiones y de su lenguaje consciente. La persona humana es una unidad, un todo, y no sólo parte de un todo. Desde el momento de la concepción hasta la muerte, en cualquier situación de sufrimiento o de salud, es la persona humana el punto de referencia y de medida entre lo lícito y lo ilícito.

No hay que confundir al personalismo al que nos referimos con el individualismo subjetivista, concepción en la que se subraya, casi como constitutivo único de la persona, la capacidad de autodecisión y de elección.

El personalismo realista ve en la persona una unidad; el valor ético de un acto deberá ser considerado bajo el perfil subjetivo de la intencionalidad, pero también en su contenido objetivo y en las consecuencias. Si un cirujano involuntariamente no estuviera atento a una intervención difícil y peli-grosa, a la que siguiera la muerte de la persona, subjetivamente podría no ser culpable, pero la objetividad de la pérdida de una vida humana sigue siendo un hecho que debe determinar el esfuerzo del cirujano para en lo sucesivo no distraerse. En el momento del juicio íntimo prevalece la evaluación de la subjetividad, pero en el momento normativo y deontológico prevalece el valor.

Tiene sus principios, que son: valor fundamental de la vida, totalidad o terapéutico, libertad y responsabilidad, socialidad y subsidiariedad.

Ética de las virtudes (E. Pellegrino), propone como cuestión fundamental el “buen hacer profesional”, estrechamente conectado con el “bien del paciente”, que es el fin prioritario de la actuación del médico y anterior a sus intereses personales. No pone la atención en unos principios externos a la persona, sino en la experiencia subjetiva del sujeto moral que se embellece al buscar el bien del paciente.

Ética solidaria. El médico debe ocuparse del cuidado total del otro más allá de contratos o de observar reglas semi jurídicas. Encuentro de un ser humano con otro, vía el espíritu solícito de uno y el espíritu agobiado del otro. El médico espiritual se entrega personalmente a la promoción del bien del otro y simultáneamente se enriquece con el bien que promueve.

El Principialismo (Beauchamp y Childress). Plantea resolver los conflictos basándose en unos principios éticos universales que guían la actuación del médico. Ellos son: beneficencia, no maleficencia, autonomía, y justicia. Parte de los bienes humanos básicos, como: la salud, la vida, los derechos humanos, el bien común. Pero presenta muchos conflictos entre los principios al aplicarlos a la práctica médica. El ejercicio de la autonomía, por ejemplo, implica la capacidad de discernimiento. Los conflictos más comunes son entre los principios de beneficencia y autonomía. Es, sin embargo, la corriente de mayor difusión en el momento actual.

Ética formal de bienes, principialismo jerarquizado (Diego Gracia):

Trata la jerarquía de los principios cuando hay conflictos en la aplicación de cada uno de ellos. “La razón ha de elaborar la moral normativa”. Tiene una metodología centrada en los valores. Considera una ética de mínimos (principios de no maleficencia y justicia), una ética de máximos (principios de autonomía y beneficencia). Un acto es bueno cuando es universalizable.

La no maleficencia está relacionada con el Derecho penal. El principio de justicia, con el Derecho civil.

Lo que desde la ética de mínimos puede considerarse ideales morales, desde la ética de máximos puede considerarse como obligación libremente asumida por la conciencia personal.

El ejercicio de la ética de máximos sólo puede practicarse si el sujeto ha desarrollado las virtudes.

Bibliografía

- 1-Scala, J. Recrear la cultura de la vida. Principios fundacionales de la bioética. Promesa. 2006
- 2-León, F. Pontificia Universidad Católica de Chile
- 3-Lugo, E. Instituto de Bioética Kentenich, Florencio Varela.
- 4-Ferrer, J.; Álvarez, C. Para fundamentar la bioética. Comillas, Madrid. 2003.

Ser persona

Dr. Enrique de Mestral

En el centro del interés de la bioética personalista está la persona. El concepto de persona es jurídico, no demostrable científicamente. Por ello, se discute aún hoy el inicio del ser persona. Boecio, filósofo del siglo IV, la definía como “**sustancia individual de naturaleza racional**”. Toda la

Filosofía no pudo hasta hoy definirla mejor. Su sustancia es corporal y espiritual, inseparablemente, y hoy sabemos que el sustrato material lo constituye el genoma humano.

Cuando hablamos de persona, no nos estamos refiriendo a una mera función, o a una apariencia o a algo que define el Estado, como en los sistemas totalitarios. En efecto, la persona puede estar: aún sin desarrollarse (como el caso del embrión), con un desarrollo incipiente (como el niño pequeño), en la plenitud (como el adulto), en la declinación (como en el demente), en estado de suspensión de sus facultades superiores (como en el comatoso), y aún no desarrollable (como en el débil mental). Pero su sustancia y su naturaleza son siempre las mismas y guarda su dignidad (valor intrínseco) en toda etapa de su desarrollo. La persona se realiza plenamente, no en el pensar como decía Descartes (“Pienso luego existo”), sino en el amar (Carlos Díaz).

Persona: Unidad sustancial de cuerpo y espíritu, consciente de una historia propia, de un despliegue de sí en el tiempo y en el espacio, con ideas, creencias y conceptos del bien; dotada de inteligencia, libertad, voluntad y capacidad de amar. Con tendencias impulsivas, emotivas y compulsivas.

Es un ser digno y anhelante de significado. Ser de trascendencia que busca darle un sentido a la vida como totalidad. La persona, además de singular, es comunitaria, con vínculos a una cultura y a un ambiente.

No todos están de acuerdo con esta visión, habiendo cuestionamientos en cuanto al inicio del ser persona. Existen diferentes teorías, como la de la fecundación, que es la aceptada en la corriente personalista. La de la nidación en la mucosa uterina aceptada por las corrientes utilitaristas, permitiéndoles así una intervención humana sobre el cigoto antes de su implantación (píldora del día después, dispositivos intrauterinos, experimentación con los embriones sobrantes de la reproducción asistida, etc).

Otros piensan incluso que sólo con el inicio de la formación del tejido cerebral, más o menos al mes de la fecundación, podría plantearse el inicio del ser persona, ya que la función cerebral es la considerada como la manifestación principal de la vida humana. Estos se preguntan si puede hablarse de persona cuando aún no se ha empezado a formar el cerebro o una vez que éste haya dejado de funcionar. El debate de cuando comienza la vida humana en vez de ir acercando a las diferentes corrientes, se polariza cada vez más.

En cuanto al final de la vida humana, todo el mundo se ha puesto de acuerdo con el cese de la circulación sanguínea y el concepto de muerte cerebral o encefálica como muerte de la persona. Pero el inicio del tejido y de la función cerebral ya está presente en la primera célula que contiene el nuevo genoma, aunque no pueda ser precisada al microscopio.

La dignidad de la persona radica en el valor intrínseco que tiene cada uno, independientemente de su excelencia (genialidad), apariencia (belleza física), de sus limitaciones (debilidad mental) o de su deterioro (demencia senil).

En la óptica personalista, la dignidad del hombre se funda en su ser personal con entendimiento y voluntad, autoconciencia de sí y autodeterminación, su actuar libre y consciente. Por ello tiene un valor intrínseco, independiente de su desarrollo, de su éxito o fracaso. No se está frente a algo sino frente a alguien. Todos los humanos somos personas, al margen de cualquier cualidad presente o ausente. La dignidad humana es la dignidad de un ser que es fin en sí mismo, por ser persona.

En la óptica utilitarista, sólo tiene dignidad el que puede ejercer sus facultades. Ellas no pueden ser ejercidas por los embriones, fetos, comatosos, débiles mentales, terminales y perdería su dignidad de personas. De hecho en la práctica se niega la igualdad de derechos, lo cual equivale a negar la igualdad de ser o de naturaleza a los seres humanos no nacidos, o nacidos con alguna deficiencia notable, o a los enfermos que suponen una carga para la familia o la sociedad, a los deficientes mentales, por ejemplo.

El cuerpo de un ser humano, desde los primeros estadios de su existencia, no puede reducirse al conjunto de sus células. La realidad del ser humano, a través de toda su vida, antes y después del nacimiento, no permite que se le atribuya ni un cambio de naturaleza ni una gradación de valor moral.

Se debe pues excluir criterios de discriminación de la dignidad humana basados en el desarrollo biológico, psíquico, cultural o en el estado de salud del individuo. La historia de la humanidad manifiesta un progreso real en la comprensión y el reconocimiento del valor y la dignidad de cada persona, fundamento de los derechos y de los imperativos éticos con los que se ha intentado construir la sociedad humana.

Las prohibiciones éticas, jurídicas y políticas contra las distintas formas de discriminación, esclavitud, la marginación de mujeres, niños, personas enfermas o con discapacidades graves, son un claro testimonio del reconocimiento del valor inalienable y de la intrínseca dignidad de cada ser humano.

Existen corrientes políticas nuevas que van incorporando la dignificación de las personas, el respeto de los derechos que emanan de la naturaleza humana y la recuperación de los valores éticos y morales.

Bibliografía

- 1-Levada W., Card. Instrucción Dignitas personae. Congregación de la fe sobre cuestiones de bioética 2008.
- 2-León, F. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Las virtudes

Dr. Enrique de Mestral

Ya dijimos que, en la práctica la ética es una filosofía de las virtudes y los vicios. Podemos definir a las virtudes como hábitos adquiridos, que ponen de manifiesto el temple subjetivo de la personalidad, una capacidad estable de elegir lo bueno y de rechazar lo malo.

Las virtudes son criterios normativos para el ejercicio de nuestras actividades y para el uso de nuestros bienes. La virtud es la perfección habitual y estable de las facultades operativas humanas, es el hábito de elegir bien. El vicio es, por el contrario, una razón que se ha entregado a los atractivos de las pasiones. La virtud es, en verdad, la más genuina excelencia de la persona humana.

Para conocer a una persona totalmente, no basta con ver lo que hace o no hace sino también lo que esa persona quiere ser, es decir, saber lo que ama. La Ética no se ocupa sólo del gobierno de la vida ni aun del gobierno de la acción. Es más, la tarea de dar una forma concreta y coherente al fin último de nuestra vida es el problema más importante de la Ética.

Aristóteles afirma que muy pocos hombres acceden a este nivel de desarrollo y que la mayor parte de los hombres viven solo a merced de sus pasiones y no tienen ni siquiera noción de lo que es hermoso y verdaderamente agradable.

San Agustín discurre que la esencia de la rectitud moral es el amor (la caridad), y las virtudes se pueden ver, como formas o aplicaciones del amor. Las virtudes humanas (y los vicios) se adquieren y aumentan por repetición de actos virtuosos (o viciosos).

Durante la historia, el cristianismo ha informado a la cultura de valores y virtudes superiores a las que se puede pedir a un hombre bueno (humildad, mansedumbre, servicio desinteresado que renuncia a la realización de las propias posibilidades en beneficio de los demás, el perdón de las injurias, y sobre todo el amor, también a los que nos persiguen).

Las cuatro virtudes cardinales son:

- La prudencia (el discernimiento, saber lo que se debe hacer o evitar en cada momento)
- La justicia (relaciones interpersonales, dar a cada uno lo suyo)
- Fortaleza (fuerza que resiste al impulso que nos quiere hacer retroceder ante la acción difícil o peligrosa, perseverancia en la tarea, paciencia)
- Templanza (que modera el impulso del placer, sobriedad en la comida, castidad).

Las virtudes del profesional de la salud: fidelidad a la promesa, benevolencia, abnegación, compasión, humildad intelectual, justicia, prudencia.

Puesto que las formas de la experiencia práctica están ligadas a la cultura del grupo social, la reflexión ética posee también unos presupuestos histórico-sociales. El ethos del grupo es anterior al ethos de la persona singular. Es decir que uno aprende un poco la ética del grupo al cual pertenece. La personalidad moral del individuo se va constituyendo en un contexto ético determinado, que será siempre un punto de referencia. La persona madura puede distanciarse críticamente, de modo parcial o incluso total, del ethos social en que ha sido educada.

El alto nivel moral de las actividades profesionales en las ciencias de la vida y en las profesiones de la salud, estará mejor asegurada en la medida en que los profesionales que trabajan en ellas sean moralmente excelentes (ética de las virtudes).

Bibliografía

- 1-Rodríguez, A., Ética general, Cuarta edición, Eunsa Navarra, 2001.
- 2-Ferrer, J.; Álvarez, C. Para fundamentar la bioética. Comillas. Madrid. 2003.

Sufrimiento, espiritualidad, y medicina

Dr. Enrique de Mestral

Sufrimiento: estado específico de malestar severo experimentado como una pérdida de integridad, de la coherencia en la vivencia de su propia historia, del sentido de totalidad y de la auto pertenencia. Sólo puede sufrir una persona, es una experiencia humana universal. Es perceptible al examen científico. Muchos ignoran el aspecto subjetivo y afectivo y no tiene “centros” en la persona. Algo que está estrechamente relacionado con el mal y el dolor.

Se puede experimentar como aislamiento, incertidumbre, silencio depresivo, actitud de pasividad y de desesperación. Se percibe de modo dramático el límite de la condición humana, el horizonte limitado, y este mismo límite anuncia al otro lado una trascendencia.

Las causas suelen ser las pérdidas (salud, trabajo), la omisión (lo que no pudo ser), el alejamiento en los duelos.

Sufrimiento en la Antigüedad: negativo pero inevitable y necesario en un mundo de cambios. Sufrimiento y cristiandad: interpretación positiva a la luz de la encarnación y de la redención. Sufrimiento y post modernismo: no encuentra sentido, plan ni finalidad a la existencia en sí. El sufrimiento es sencillamente trágico. Lo trata con medicamentos con la expectativa de eliminarlo por medios científicos o tecnológicos. El sufrimiento en la cultura paraguaya habla de una visión determinista, del azar del destino.

Espiritualidad: consiste en el contacto con lo no material: música, arte, experiencia estética, orden, belleza, apariencia infinita de la naturaleza. Experiencias interpersonales de determinada intensidad e intimidad, creencias religiosas. Experiencia de la creatividad para ponerse en contacto consigo mismo. Búsqueda individual del sentido y propósito de la vida ante situaciones críticas como lo es el sufrimiento en sí.

La espiritualidad nos proyecta más allá de una relación contractual/comercial con los pacientes y me inspira generosidad hacia ellos. Me hace pensar menos en el costo/beneficio y más en el servicio abnegado. Enfatiza la empatía. Fortalece la relación médico-paciente. Nos hace perseverar en el cuidado terminal. Fomenta la atención a la persona en su totalidad. Nos permite ver el sufrimiento bajo un significado positivo.

El médico debe cultivar en sí mismo la dimensión espiritual de su relación con el paciente. Aún en estados de dependencia e incapacidad se vive con la dignidad de ser persona. Su asistencia no se fundamenta en el deber sino en el amor responsable ante la vulnerabilidad y necesidad real del otro.

Medicina es ciencia, arte, y servicio. La ciencia médica es un servicio a la fragilidad del hombre para cuidar, aliviar, acompañar, prevenir, sanar y ex-tender los cuidados necesarios de modo equitativo a toda la humanidad. La profesión sanitaria tiene una imprescindible dimensión ética.

Ella es esencialmente el cultivo de la ÉTICA, orientada al cuidado integral de la persona como ser espiritual y corporal. La medicina, al igual que la ciencia y el arte, responden al sufrimiento.

La ciencia misma es un precioso servicio al bien integral de la vida y dignidad de cada ser humano. Se debe pues reconocer el valor de la actividad cognoscitiva del hombre, sino también aquella de orden práctico, como el trabajo y la actividad tecnológica pues producen el bienestar de la humanidad y su atención integral.

La medicina científica progresa gracias a la investigación. Estos avances son ciertamente positivos y merecen apoyo, cuando sirven para superar o corregir patologías y ayudan a reestablecer el desarrollo normal de los procesos homeostáticos. Son negativos cuando implican la supresión de seres humanos o se valen de medios que lesionan la dignidad humana.

Bibliografía

1. Medicina y Ética 2002/3
2. Lugo, E. Temas de Bioética. Ed. Schönstatt, Buenos Aires 1998.
3. Levada W., Card. Instrucción Dignitas personae. Congregación de la fe sobre cuestiones de bioética 2008.
4. Hiebert, P. El sufrimiento. Monografía. FCM-UNA, 2008.

Cultura post moderna

Dr. Enrique de Mestral

La cultura post moderna o pensamiento *light* nace al finalizar la II Guerra Mundial.

El primer hombre tuvo una cultura clásica; el segundo hombre, una cultura de la Edad Media cristiana; el tercer hombre, la racionalidad científica de la Edad Moderna; y el cuarto hombre, la cultura de la racionalidad estética, que es el Post Modernismo.

Esta cultura está basada sobre todo en los sentimientos y emociones y un rechazo de la racionalidad. Se da importancia a la dimensión sensible y afectiva del amor humano, a las decisiones personales y reacciones instintivas, a las emociones, a la autenticidad de la experiencia. En vez de principio de causalidad se aduce a la relación entre fenómenos.

Un ansia de inmediatez y comodidad, falta de compromiso, no tener convicciones, inacción, porque esto implica compromiso, voyeurismo existencial libre de responsabilidades, quiere destruir la familia, depositaria de valores.

Se caracteriza por un relativismo ético, desacralizado, en vez de Dios, una espiritualidad, no hay culpa ni pecado, ni redención, ni expiación, ni gracia, ni existe el mal. Se busca el desarrollo sustentable, la Paz verde.

Se genera el hombre radical, de un individualismo total, antifamiliar, anticlerical, con autonomía (auto normas), espontáneo con consecuencias socio políticas de liberación sexual, ideología de género, homosexualidad, feminismo, aborto, divorcio, cirugía cosmética, reproducción asistida que sacrifica embriones sanos, clonación experimental, sexualidad complaciente, contra la enseñanza religiosa.

Para esta cultura no es lo mismo persona que individuo. Persona sólo es que tiene autoconciencia, operaciones mentales, sensorialidad, comunicación (tema de la clonación, utilización de embriones, eugenesia, eutanasia). El único mal es la represión. Cada uno es la medida del bien.

La felicidad es igual al bienestar y al placer. No llenar necesidades sino deseos. Consumir objetos, cosas, experiencias. El consumismo es el nuevo dios. El único límite es el contrato y los que no son ventajosos no se renuevan.

Se sustenta en una alta tecnología, donde los países ricos dictan las normas dentro de la globalización, los países pobres que no cuentan más que como potencialidades de explotación-inversión, sea de materias primas o de mano de obra barata.

Inversiones en manos anónimas de sociedades o acciones en las que el único móvil es la mayor ganancia económica. Fuga de capitales. Teme a la muerte, decora cadáveres.

En nuestra cultura actual vemos sus consecuencias en la familia, que durante miles de años fue numerosa y multigeneracional. El cambio significativo ya empezó en la era industrial y con la llegada del fenómeno de la urbanización, momento en que ya se redujo el tamaño de las familias. En la actualidad, menos del 25% de las familias norteamericanas encajan en la definición de "nuclear" (un padre que trabaja, una ama de casa y dos o tres hijos menores de 18 años). Hoy tenemos casamientos tardíos y poco frecuentes, padres y madres solteros, parejas de hecho, parejas recompuestas una o más veces con hijos de uniones anteriores, matrimonios que se inician entre personas mayores, uniones civiles legalizadas entre homosexuales.

Bibliografía

1. Lozano Barragán, J. Card. Fundamentos filosóficos y teológicos de la bioética. XII Jornada Mundial del Enfermo. Vaticano, 2004.
2. Toffler, A. y H. La revolución de la riqueza. Sudamericana, Buenos Aires, 2006.

Bioética y sus principios personalistas

Dra. Julia Rivarola

Definición: Es el estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y el cuidado de la salud, examinada a la luz de los valores morales y sus principios. (Enciclopedia de Bioética - 1978). Es una ética fundada sobre la razón y sobre el valor objetivo de la vida y de la persona.

El primero en hablar es el Dr. Van Reuaer Potter, escribe “Bioetic Bridge of the future” (Bioética: Puente hacia el futuro) (New York 1971). La Ética debe señalar el ideal tensional utópico de los valores a los que el hombre debe dirigir sus pasos.

La ciencia habla del ser y la bioética del deber ser, esta es la primera diferencia importante. La bioética es el saber que trata del deber; las otras ciencias describen los seres o hechos sin hacer una valoración moral. La dinamita no es buena ni mala en si misma, puede servir para abrir una carretera o hacer un atentado y causar la muerte. El ser humano es el que da “sentido” a la naturaleza; él hace que los seres naturales sirvan o no para su bien y del universo.

Los científicos y técnicos deben actuar éticamente cuando trabajan la ciencia y la tecnología. La ciencia no es un fin sino un medio para el progreso del ser humano. Se justifica si lo promueve, si ayuda a su perfeccionamiento, o de lo contrario no tiene sentido, aunque la comunidad científica considere muy importante tal o cual experimento.

A la ciencia no le está permitido todo. Lo que es técnicamente posible no es, por esa sola razón, moralmente admisible. Debe respetar los valores de la vida, su racionalidad, libertad, comportamiento moral, dignidad y la integridad física, síquica y espiritual del ser humano.

Un medico que tenga la ciencia médica como un fin y no como un medio de servir a la humanidad, es un peligro social; es alguien a quien solo le importa el dinero o el avance de la ciencia por la ciencia misma sin beneficio para el ser humano. Para éste tipo de profesional lo importante es el “caso” para presentar en un congreso y no el bien del paciente.

Diversas valoraciones en Bioética

a) Modelo Liberal Radical: de frente a la libertad propia o de otros no existe límite objetivo: libertad al hijo cueste lo que cueste, libertad a abortar o a la eutanasia, el cambio de sexo por parte de quien lo desee.

b) Modelo pragmática utilitarista: Se calcula solo las ventajas, la utilidad, los costos/beneficios. Este cálculo imprescindible en cualquier intervención médica, se aplica también entre el valor de la vida humana y los valores económicos, sociales o del progreso científico. Se elabora el concepto de calidad de vida que se contrapone al respeto de la vida humana.

Decide la mayoría. Lo legalizado es lo ético, por lo tanto el positivismo jurídico viene a sustituir a la trascendencia de la ley moral.

c) Modelo Socio-biológico: La vida y la sociedad están sujetos a la evolución biológica y sociológica; y los valores morales deben también modificarse a lo largo de los siglos.

d) Modelo Personalista: El primado y la intangibilidad de la persona humana es considerado el valor supremo, punto de referencia, fin y no medio. La persona es digna porque es más. Se exige el máximo respeto por la dignidad de la persona desde el momento de la concepción hasta la muerte natural. Y siempre que se muestre necesitada de ayuda.

La sociedad viene considerada al servicio de la persona y como comunidad de personas.

Lo que la construye, la respeta, la ayuda es éticamente positiva o en cambio aquello que la empobrece o peor, lo suprime, es éticamente negativo.

Principios fundamentales de bioética, desde un enfoque personalista

I) Valor fundamental de la vida

El respeto a la vida, así como su defensa y su promoción, representan el primer imperativo ético del hombre hacia sí mismo y los demás.

Es universalmente valorizado, así el artículo N° 3 de la declaración universal de los derechos del hombre dice: "Cada individuo tiene el derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona". Contra este principio están el aborto, el homicidio, la eutanasia, la guerra, el suicidio, genocidio, etc. La vida es un bien personal: Concepto por el que uno debe amarse a sí mismo.

La vida es un bien de la comunidad.

Atentar contra la propia vida o contra la de los demás es una ofensa a la justicia puesto que se trata de substraer un bien que pertenece a la comunidad.

La dignidad de la persona exige que se la trate siempre como un fin y nunca como un medio.

Decía Kant: “Actúa de tal manera que siempre tomes a la humanidad, tanto en tu persona como en cualquier otra, como fin, nunca como puro medio.”

La vida humana tiene valor en sí mismo, por lo tanto la vida humana no adquiere o pierde valor ético por situaciones especiales. El valor de la vida humana, es el apoyo fundamental de los valores éticos y del derecho sociopolítico de la persona.

La preocupación por el costo social y económico para la sociedad de mantener la vida a los pacientes graves o deficientes es injusta, si se considera que la suma dedicada a éste respecto es irrelevante en el contexto de los presupuestos globales y en el nacional; además es inhumano pre-tender solucionar los problemas socioeconómicos mediante la eliminación intencionada de seres humanos. El derecho a la vida precede al derecho a los medios para la promoción de la Salud.

II) Principio de totalidad o Terapéutico (o de Integridad)

El cuerpo es el fundamento único por el cual y por medio del cual la persona se realiza y entra en el tiempo y en el espacio, se expresa y se manifiesta. Integridad viene del Latín = integer = totalidad, entereza o unidad intacta. Incluye la totalidad fisiológica, psicológica y espiritual de las personas. La integridad es sinónimo de Salud. La enfermedad es igual a desintegración. El potencial de desintegración crea obligaciones para el medico, o cualquier profesional de la salud, quién está comprometido por juramento a curar y ayudar. La curación significa la devolución de la integridad.

El principio de la integridad es un atributo de todos los seres humanos, en el pleno uso de sus facultades o no, adultos o niños, concientes o inconscientes. La corporeidad humana es un todo unitario y se interviene sobre la vida física de la persona y sobre su integridad, solamente a condición de que sea necesario para salvar la vida misma.

Por estos principios se justifican las intervenciones quirúrgicas, a veces mutilantes, si representan un bien a la vida física de la persona que de otro modo no se conseguiría sino con el sacrificio de una parte del físico de esa persona.

Sus condiciones

- 1) La intervención debe ser sobre la parte enferma o sobre la que directamente causa el mal, para salvar el organismo sano. Por ejemplo en el transexual desde el punto de vista personalista se considera antiético amputar los genitales, pues estos están sanos. Se debe actuar a nivel psicológico, social y espiritual.
- 2) Que no existan otros medios.
- 3) Que hayan buenas posibilidades para el éxito.
- 4) El consentimiento informado del paciente o su representante legal.

III) Principios de libertad y de responsabilidad (autonomía)

La autonomía ha cambiado el centro de la toma de decisiones del médico al paciente y reorientado la relación del médico con el paciente hacia un acto más abierto y franco en el que se respeta más la dignidad del paciente como persona.

La autonomía es la capacidad de autogobierno, una cualidad inherente a los seres racionales que les permite elegir y actuar de forma razonada sobre la base de una apreciación personal de las futuras posibilidades, evaluadas en función de sus propios sistemas de valores.

Es una capacidad de los seres humanos para pensar, sentir y emitir juicios sobre lo que consideran bueno. Debe estar exento de coerción y engaño. Ignorar, menospreciar, ridiculizar los valores del paciente es agredir su propia humanidad. La libertad no se separa de la responsabilidad.

En medicina el principio de libertad implica el consentimiento informado y la no coerción de los tratamientos. La responsabilidad comporta también que el paciente, en sus elecciones, debe tener en cuenta el bien, por lo cual no puede negarse a defender su propia vida y su propia salud, teniendo la posibilidad y los medios para sostenerla.

La conciencia del profesional de la salud no puede ser violentada por el paciente, por ejemplo: aborto provocado, receta de medicamentos neurológicos controlados o morfina etc. a pedido del usuario. Tampoco el paciente por el médico, ejemplo: esterilización, etc.

El consentimiento puede ser:

- 1) **Implícito:** se considera incluido sin que esté expresado en términos precisos.
- 2) **Debe ser explícito:** que expresa clara y determinantemente una cosa. a) merma grave (amputación de órganos), b) experimentación, c) riesgo, d) transplante, el que recibe y el que dona. e) analgesia que deja sin conciencia, f) autopsia
- 3) **Debe ser informado y completo**
- 4) **Libre:** por ejemplo un laboratorio no puede realizar experimento con sus empleados
- 5) **Representado:** niños adolescentes, inconscientes, pacientes psiquiátricos.

Los impresos informativos deberían incluir información detallada sobre la naturaleza, riesgos y beneficios de la intervención propuesta y quienes son responsables de la intervención. A los pacientes se les proporcionaría una copia para que pueda discutirla con familiares y amigos. Ver modelos de consentimiento en diferentes situaciones en Anexos.

IV) Principios de Socialidad

Cada ciudadano considera su vida y su salud y la de sus semejantes como un bien personal y social, promoviendo el bien común y promoviendo el bien de cada uno.

Ejemplo: respetando la ecología, educar para no propagar enfermedades infecto contagiosas, donación de órganos, voluntariado, colaborar con la redacción de las leyes sanitarias, adopciones, etc.

La persona no puede crecer sin la sociedad y ésta no puede existir sin la persona. La primacía corresponde a la persona: es la persona el fin por el cual existe la sociedad.

La donación de órganos sería una mutilación, pero no quedaría disminuido como persona, dado que la mayor realización se la encuentra en la donación generosa a los demás.

V) Principio de beneficencia y de no maleficencia

Hacer el bien y promover el bienestar del paciente. Abstenerse de perjudicarlos.

VI) Principio de justicia

Se garantiza la distribución justa y equitativa de los beneficios de los servicios de salud.

Se basa en la búsqueda del bien común y en la igualdad.

Se debe atender a todos por igual; pero las necesidades de los miembros más vulnerables de la sociedad tienen prioridad (indígenas, personas de escasos recursos, pacientes que viven a gran distancia de un centro de salud, embarazadas, niños, adultos mayores, personas con otras capacidades, etc.)

Se debe respetar la vida, la integridad, la dignidad y los derechos de los pacientes. Respetar los bienes de los colegas e instituciones.

VII) Principio de subsidiaridad

Las instancias superiores de la sociedad como gobiernos y organizaciones internacionales no deben suplantar, sino ayudar a las otras instancias: asociaciones, instituciones, familias, individuos; respetando sus valores éticos, religiosos y culturales.

La comunidad debe ayudar más, donde más grave es la necesidad: tratamiento a los que más necesitan, gastar más por los más enfermos.

No se puede suplantar las iniciativas libres y de grupos, pero si garantizar su funcionamiento.

La sociedad política no puede sustituir la responsabilidad personal, al contrario, la sociedad política debe orientar esta responsabilidad al bien común.

No se debe permitir la politización partidaria de organismos directivos burocráticos y asistenciales.

Ética
Clínica

Bioética y ética clínica

Dr. Enrique de Mestral

La ciencia y la tecnología pueden ser usadas tanto para salvar vidas humanas como para matar. Es por tanto necesario que las ciencias biomédicas sean orientadas hacia el verdadero bien.

Los científicos deben concebir el cuerpo humano como la dimensión tangible de una realidad unitaria y personal, corpórea y espiritual al mismo tiempo.

La vida y la naturaleza del hombre se presentan como realidades en extremo complejas para poder ser abarcadas de manera exhaustiva desde una única perspectiva.

Un enfoque multidisciplinario aparece por tanto indispensable para conocer mejor al ser humano en su integralidad y ofrecer una aportación significativa al crecimiento de una ciencia que resulte completamente beneficiosa para el hombre.

La Bioética nace en la década de los 70, como respuesta a la necesidad de proteger la dignidad del hombre frente al avance acelerado de la ciencia y la técnica. La Enciclopedia de Bioética la define como: "Estudio que a partir de la descripción del dato científico, biológico y médico, analiza racionalmente la licitud de la intervención humana sobre el hombre".

La bioética: un diálogo reflexivo entre las ciencias biológicas y la ética. Puente entre la ciencia pura y las humanidades. Disciplina encargada de velar sobre el valor de la vida frente a los avances acelerados de la técnica.

Es una **ética aplicada** a los problemas suscitados por los logros en el progreso de la ciencia y la tecnología en el campo biomédico.

Es una crítica de la concepción biológica, mecanicista y reduccionista de la química y la biología molecular. Es una confrontación de los hechos de las ciencias con los valores propiamente humanos, un diálogo entre expertos y profanos, diálogo en una sociedad pluralista, puente entre las humanidades y el mundo tecno científico.

La educación en bioética incluye: el plano del saber (área cognoscitiva): teorías, principios y normas; el plano del saber hacer (psicomotora): aplicación y experiencia del actuar; el plano del ser (área afectiva): motivación personal, formación de actitudes, convencimiento interior, maduración que surge en un compromiso activo.

La bioética debe formar el ánimo a fin de que la comprensión se traduzca en acción, y para que la acción esté motivada interiormente. La bioética no es pues sólo información, sino una propuesta de criterios de evaluación y de motivaciones para elegir.

La ética y la bioética no están para normatizar todo, sino para dar criterios generales para que las personas tomen las decisiones pertinentes en las situaciones particulares.

Primeros principios de la ética: procurar hacer el bien y evitar el mal, no hacer a los demás lo que no desearíamos para nosotros mismos, vivir honestamente.

Principios derivados: derecho a la inviolabilidad de la vida humana (en todo caso, de todo ser inocente), derecho a la integridad física y a la salud, principio de la caridad, sexo y matrimonio.

Los principios de la Bioética son el núcleo de confluencia de todos los valores. Ellos fueron consensuados universalmente y convienen a todas las culturas sin importar credos religiosos.

Principios universalmente aceptados: los dos primeros son hipocráticos (**beneficencia y no maleficencia**), y los dos últimos, el resultado de las corrientes democráticas de mediados del siglo pasado (**autonomía y justicia**).

Entre ellos ocurren frecuentes conflictos difíciles de dirimir, pero constituyen una base para la discusión. Los principios de la corriente personalista, que son más detallados, ya fueron tratados arriba.

Varios principios son formulados en bioética para determinar los criterios de la moralidad. Esos principios ayudan a conformar algunas normas para luego resolver situaciones concretas, como es el caso de la ética clínica. Algunos de ellos ya era practicados desde la antigüedad, otros fueron formulados mediante la confrontación y diálogo sociales y se busca consenso en casos complicados.

La definición, el número y el contenido de cada uno de estos principios aun están en discusión. Tenemos varias ópticas, como: la ética principialista de **L. Beauchamp y J.F. Childress**, la ética de las virtudes, de **Edmond Pellegrino**, que son opuestas la una a la otra.

La comprensión de los principios depende de las concepciones filosóficas de la bioética que se practica. Algunos tienen una interpretación utilitaria de la calidad de la vida en oposición al concepto de santidad o inviolabilidad de la vida humana, relacionada con la corriente personalista. Existe controversia entre la bioética laica o secular propuesta por H.T. Engelhardt, o aún por U. Scarpelli, con su idea "et-si Deus non daretur" (como si Dios no existiese) que nos da un humanismo ateo y la bioética de inspiración cristiana que nos lleva a un humanismo cristiano.

La Bioética comprende fundamentalmente las siguientes ramas: **Ética clínica, Ética de la investigación, Ética en la ecología, Ética organizacional.**

Ética médica: saber práctico al servicio de la toma racional de decisiones clínicas buscando una mejor calidad asistencial; orienta la acción profesional en medicina; trata de las obligaciones de los médicos con los pacientes y de los profesionales de la salud entre sí.

La práctica clínica de la medicina se basa en la evidencia; la toma de decisiones, basada en la evidencia; necesita de los conocimientos adquiridos por la investigación.

Es preciso tener en cuenta el pluralismo ético en el mundo actual que incorpora mezclas de culturas y filosofías de vida. En la cultura post moderna, los parámetros de valoración van cambiando según la estructura de la sociedad y el contexto de los grupos sociales que hacen a la relatividad de la moral y de sus valores.

Temas tratados en la Bioética

La vida humana, la individualidad, la autonomía, la responsabilidad, la corporeidad del hombre, la sacralidad o no de la vida, la calidad de vida, la persona, el significado de la vida y la muerte, la procreación, la familia, la solidaridad, el transplante de órganos, el genoma, la ecología, etc.

Temas tratados en la Ética clínica

Inicio de la vida (el embrión es o no persona), Aborto, Eugenesia, Reproducción asistida, Planificación familiar, Métodos anticonceptivos y contraceptivos anticoncepción de emergencia, Sexualidad, Diagnóstico prenatal, Doble efecto de los tratamientos, Pacientes terminales, Tratamientos proporcionados y desproporcionados, Cuidados paliativos, Eutanasia, Suicidio asistido, Relación médico-paciente, Consentimiento informado,

Confidencialidad y Secreto profesional, Derecho de los pacientes, Investigación en seres humanos, Ética del SIDA, Transplantes de órganos, Ge-nomas, Clonación.

Dificultades teóricas

Con la corriente postmoderna en todo el mundo, vivimos una cultura pluralista en cuanto a las concepciones morales y jurídicas. Pluralidad presupone la coexistencia de varias corrientes filosóficas. Cada quien puede tener un concepto distinto de la moralidad, esto es del bien, y desde luego, de la persona humana.

Toda discusión supone pues confrontación y diálogo entre ciencia, tecnología, medicina, biología, religión, la moral, el derecho, la psicología, la sociología y la antropología.

Tenemos dos corrientes bioéticas contrapuestas en sus fundamentos y son los dos modos fundamentales de analizar los problemas ético-clínicos:

- Los bioeticistas laicos, pragmáticos o utilitaristas que buscan sólo resultados. Hay un subjetivismo de las opciones individuales. Los bioeticistas personalistas que tienen en cuenta la búsqueda del bien pero reparando en los medios, siguiendo principios y normas. Esta corriente busca respetar la dignidad del ser persona desde la concepción hasta la muerte natural. Ella está fundada en la naturaleza misma del hombre.

Bibliografía:

1. Lugo, E. Ética médica. Mayagüez, Puerto Rico: Librería Universal, 1984
 2. Pontificia Academia Pro Vita. "Ética de la investigación biomédica: para una visión cristiana". IX Asamblea General. L'Osservatore Romano, 13 marzo 2003.
 3. Medicina y ética 1998/3
 4. Medicina y ética 2001/1
 5. Sgreccia, E. Corrientes en Bioética, en Manual de Bioética. Ed. Loyola. Sao Paulo, abril, 2002. <http://es.catholic.net/sexualidadybioetica/371/845/articulo.php?id=4812>
 6. Post Stephen, G., Ed. ENCYCLOPEDIA OF BIOETHICS. New York: Macmillan Reference USA/Thomson/Gale, 2004. Third edition
 7. Pautas bioéticas para el manejo de pacientes adultos y pediátricos en las unidades de cuidados intensivos, Comisión Bioética del Circulo Paraguayo de Médicos. Asunción, 2001.
 8. Bordín, C. Bioética, Edic. Lumen, Buenos Aires 1997.
- Albuquerque, E. Bioética, Una apuesta por la vida. Ed. CCS/Madrid 1992.

Consentimiento informado

Dra. Elena Lugo

Consentimiento informado o ilustrado

Más que un encuentro puntual para informar brevemente al paciente sobre su condición, diagnóstico y terapia indicada y gestionar la firma de un pliego, el Consentimiento Ilustrado (CI) es un proceso educativo e interpersonal de constante evolución y dinámica a tono con la individualidad del paciente.

Proponemos como rasgos generales lo siguiente:

a. En cuanto sustentado en el Principio de Autonomía en armonía con el Principio de Beneficencia:

I) Información pertinente y veraz que ha de ofrecerse con claridad, pero sin imponerse al paciente, o en caso de no ser capaz de entenderla, a su familia o a su representante designado por este:

- Diagnóstico y etiología de la enfermedad o condición
- Pronóstico y curso de la enfermedad según datos probabilísticos
- Tratamientos clínicamente apropiados con la evaluación correspondiente según beneficios y riesgos estadísticamente calculados. La disponibilidad de cada tratamiento, al igual que su efectividad según criterio médico y el grado de aceptación de parte del paciente han de figurar en esta evaluación.
- Evaluación de los efectos para el paciente de la no intervención o resistencia a ser tratado

II) El consentir como segundo elemento del proceso del CI exige cuidar de la libertad interior como de la exterior del paciente.

- Ha de ser auténticamente voluntario y no estar bajo la influencia indebida o coerción de parte del médico o de los familiares
- Puede cambiar su decisión sin sentirse culpable y expuesto al abandono o disminución de la atención clínica apropiada.

III) Factores a tomar en cuenta para precisar cuando y hasta que grado cuenta el paciente con capacidad para decidir deliberada y responsablemente (capacidad es más que mera competencia en su sentido legal). Debe preguntarse si el paciente es capaz de decidir en relación a los aspectos específicos de la situación clínica (competencia o capacidad de discernimiento).

- Capacidad para apreciar los rasgos mas significativos de la condición patológica
- Capacidad para evaluar las terapias sugeridas

- Capacidad para juzgar los diversos aspectos de la relación entre cada terapia y el sistema de creencias y valores personales del paciente en cuanto individuo y miembro de su contorno comunitario

- Capacidad para realizar una deliberación coherente sobre la selección o preferencia que estima pertinente a su situación
- Capacidad para comunicar su elección de forma argumentada y consistente de modo tal que suscite credibilidad

IV) En resumen: el paciente debe considerar racionalmente la información, apreciar la situación presente y sus consecuencias, comprensión de la información atinente a la situación, comunicar su decisión.

b. Pacientes incapacitados e incompetentes (en parte o totalmente).

En algunos países solo la Corte puede declarar a un paciente incompetente.

I) Tipos de incompetencia

- Informado pero incompetente-el paciente cuenta con la información pero se presenta incapaz de decidir al menos en algunos momentos, es decir, es fluctuante.
- Previamente competente el paciente ha sido capaz de decidir previo a un accidente o dolencia incapacitante.
- Nunca competente el paciente sufre de una incapacidad mental severa o es minusválido en el orden cognoscitivo sin posibilidad de recuperación.
- Potencialmente competente el paciente pediátrico quien podrá ser competente en el futuro, o el adulto temporáneamente incapacitado pero pre- vista su recuperación.

II) El menor de edad-maduro y el emancipado

Según el criterio legal de muchos países personas menores de 18 en edad no son consideradas competentes para tomar decisiones importantes en ámbitos clínicos. Algunos estados en USA otorgan autonomía limitada a los menores de edad: pueden obtener recursos anticonceptivos, solicitar abortos, recibir tratamiento para enfermedades venéreas y para abuso de drogas ilegítimas sin el consentimiento de los padres.

Aquellos menores en edad quienes han contraído matrimonio y los que viven social y económicamente independientes, designados “emancipados”, se les considera competentes para tomar decisiones en el cuidado de su salud.

En todo caso, sociedades profesionales en pediatría recomiendan hacer al menos participe en las decisiones sobre salud de acuerdo a su edad, madurez e interés.

III) La toma de decisiones en beneficio del paciente incompetente

- Criterio I -“juicio sustituto”= una persona quien conoce suficientemente bien al paciente incompetente como para precisar cual sería su preferencia de ser capaz de deliberar y decidir ante la situación presente, o quien conoce la expresión clara y consistente del propio paciente antes de quedar incapacitado.
- Criterio II –“mejor interés”= en ausencia del conocimientos sobre lo que el paciente desearía, una persona puede plantear lo que las personas razonables en la mayoría de los casos juzgarían y decidirían ante la situación y en el contexto semejante al del paciente incompetente. Es preciso balancear los objetivos terapéuticos y el cuadro del diagnóstico y pronóstico, siempre optando por el beneficio integral del paciente.

IV) Dificultades particulares al tomar decisiones en representación del paciente incompetente

Al implementar el criterio II-“mejor interés”:

- Se puede desconocer cuales serian los auténticos deseos de un paciente ante la interrupción o discontinuación de una intervención para sustentar la vida en las circunstancias inmediatas en las que se encuentra el paciente.
- Al no contar con las preferencias explicitas del paciente se descansa mucho en la apreciación de los representantes y profesionales al cuidado del paciente
- El juicio sobre la calidad de vida incluye elementos subjetivos, y al no contar con el juicio del paciente quienes juzgan la calidad de la vida del paciente incorporan elementos subjetivos propios potencialmente ajenos la paciente.

Es preciso observar que el juicio y decisión a tomar se presenta evolutivo en dependencia a cómo cambian la sintomatología y el curso de la dolencia como cuan eficaz resultan las intervenciones clínicas.

Bibliografía:

1. Ángeles Fernández R. Dimensión ética de la vocación cristiana. Santo Domingo, RD: Ed. Dominicanas, 1990.
2. Cassell, E. The Nature of Suffering. New York: oxford University Press, 1991.
3. Gracia D. The historical setting of Latin American bioethics. The journal of medicine and philosophy, 21:539.609, 1996.
4. Lugo E. Relación Médico/Paciente. Pontificia Universidad Católica de Puerto Rico, 2003
5. Marcel G. Philosophy of existence. New York: Philosophical Library, 1949.
6. Pellegrino E., Thomasma D. Helping and Healing. Washington, D.C.: Georgetown >University Press, 1995
7. Perkins et col. Cultural differences among health professionals. Journal of clinical ethics. Vol. 9, 2, Summer, 1998.
8. Zaner R. The way of phenomenology. New York: Pegasus, 1970.

Relación Médico Paciente

Dra. Márcia Melo Martins

La relación del médico con sus pacientes, al ser finalmente interpersonal, debe estar enmarcada en el valor de la vida humana y en la dignidad absoluta de la persona.

1. DIGNIDAD DE LAS PROFESIONES BIO-MÉDICAS:

Todas las profesiones están al servicio de la persona, el zapatero hace un par de zapatos que permitirá que un hombre o una mujer no se lastimen los pies al caminar; el arquitecto construye viviendas dónde habitarán familias. Pero el uno trabaja con el cuero, el otro con ladrillos.

En nuestro caso, tratamos directamente el cuerpo de una persona humana, con toda su dignidad y en toda su autonomía responsable¹.

En la riqueza de la naturaleza, observamos diferencias claras entre los minerales y los seres vivos.

Aquellos no tienen vida, los vegetales necesitan recibir los medios para subsistir, si no, mueren; los animales buscan esos medios, pero no son conscientes de ello, se mueven por instinto.

El valor a este nivel es, sin embargo, relativo: nadie duda en apreciar más a un diamante que a una hormiga, independientemente de la mayor complejidad de la estructura corporal de la hormiga.²

El cuerpo humano tiene una complejidad muy superior al de los demás mamíferos, pero su valor fundamental viene de ser el cuerpo de un ser trascendente, de no ser hecho en serie, sino ser cada uno, único y diferente de todos los demás de su misma especie.

A diferencia de los animales, el ser humano tiene autoconciencia de sí: busca los medios para subsistir y es consciente de que los necesita. Tiene instintos como los otros animales, de conservación de la vida (necesidad de comer, beber, defensa propia) y de conservación de la especie (necesidad de reproducirse). Pero no se mueve meramente por estos instintos, porque tiene funciones superiores: la capacidad de pensar que le permite buscar y conocer la verdad; la capacidad de amar: de desear y poseer la bondad y la belleza; la autodeterminación hacia el bien que le permite elegir, decidir libremente; capacidad de relacionarse con los demás.

Además, ese paciente que viene a mostrarnos su cuerpo enfermo con la esperanza de que le ofrezcamos la curación, trae toda una carga detrás, de sufrimientos físicos y morales, incompreensión familiar o abandono. Otras veces viene a ser escuchado y con eso, ya se va mejor, cuando a lo mejor no es tan grave su cuadro; y en el otro extremo, cuando su enfermedades mortal o incurable, viene buscando algo más que los medicamentos, que ya sabe que no le curarán.

2. PILARES QUE DEBEN REGIR EL ACTUAR MÉDICO

Tres puntos deben regir la relación médico- paciente:

a. Seria preparación científica: El estudio durante la formación y la actualización continua posterior, es la base de la responsabilidad profesional, porque los errores en medicina pueden ser fatales o causar daños irreparables.

El médico debe conocer, para poder ofrecer al paciente, las armas de la medicina moderna y poner a su servicio todos sus conocimientos. En este sentido debe prepararse e investigar siempre buscando el bien del paciente y no el éxito profesional o el mero afán desmedido de acumular conocimientos.

b. La conducta ética: si queremos conservar el prestigio de nuestra noble profesión, debemos comportarnos en todos los ámbitos como personas respetables. Si no, es muy difícil que nos ganemos el respeto y la confianza de los pacientes. A esta coherencia en el comportamiento hacía referencia la inscripción, que había en el frontal de la antigua aula 4 de nuestra Facultad, y que decía: "sólo un buen hombre puede ser un buen médico".

c. Trato humano

VER ENFERMOS Y NO ENFERMEDADES: Muchas veces escuchamos "Ella es una AR", o "es un LES". No. "Ella es la paciente, fulana de tal, con el diagnóstico de AR". Es importante no perder en la carrera diaria, el norte de que cada paciente tiene una dignidad per se, y que estamos frente a una persona sufriente. No viene a la consulta un riñón, sino una persona con un riñón enfermo. Algunas veces, encontramos un paciente del que decimos que es "de libro", pero no hay dos pacientes iguales, aunque su diagnóstico sea tan simple como una Apendicitis aguda.

CUIDADO EN LOS DETALLES: La dignidad propia del paciente exige del médico respetar el secreto profesional: no comentar en los pasillos o en los almuerzos, los problemas familiares, diagnósticos, etc. de los pacientes. Y cuidar cosas no menores, como la corrección en el vestir, la delicadeza en el trato: llamar por el nombre, abrirle la puerta para que pase al consultorio, pasarle la mano para saludar. Cuidar la limpieza y el orden en los consultorios, estirar la sabanita entre un paciente y otro; cambiarlas con frecuencia. Mantener el orden de las salas de espera, tener revistas interesantes y en lo posible, actualizadas.

VISIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE:

Prestar atención a la parte intelectual y afectiva del paciente: oír y contestar sus inquietudes, dedicar tiempo a explicar la enfermedad y los estudios que se va a hacer; orientar en los riesgos y posibles complicaciones del tratamiento. Cuando es necesario obtener un consentimiento informado, explicarlo en su idioma, con términos al alcance de la preparación del paciente y/o de los familiares. Respetar al pudor del paciente: cubrir al examinar; extremar la delicadeza, por ejemplo, en los exámenes ginecológicos.

Acompañar en el dolor al paciente: no perder de vista que, aunque estemos diagnosticando todos los días cuadros similares, el enfermo en concreto se está enfrentando con un diagnóstico sombrío, o con una enfermedad que aparece en pleno estado de salud, viniendo a truncar los planes personales, profesionales o familiares. No olvidar que el encuentro con el dolor significa un momento crítico, que lleva muchas veces a replantearse las relaciones con los demás y el sentido de la vida. Con el riesgo de dejarse llevar por el pesimismo y caer en la desesperación o, por el contrario, descubrir el valor relativo de lo material y revalorizar los lazos de familia y amistad. El médico debe estar científicamente formado para calmar el dolor, pero también humanamente preparado para acompañar en el dolor y en estas situaciones críticas.

Respetar la conciencia del enfermo: en el caso de los pacientes, como los testigos de Jehová, que objetan en conciencia a determinados tratamientos, el médico aunque no comparta su opinión debe respetarle y saber ofrecer soluciones científicas que no violenten a la conciencia del enfermo.

Adelantarse a ofrecer atención espiritual: en caso que juzgue oportuno, el médico, aún el no creyente, debe facilitar que el paciente reciba atención acorde a sus creencias religiosas.

3. VIRTUDES QUE INTERVIENEN EN LA RELACION MEDICO-PACIENTE

CONFIANZA: el paciente tiene derecho a elegir al médico con quién quiere consultar y también a pedir otra opinión cuando lo considere oportuno. Y el médico, salvo en casos de urgencias en que no puede negarse, tiene derecho a aceptar o no, atender a un paciente determinado. Pero, una vez hecha la elección y mientras dure la relación, debe haber una confianza de base, caso contrario, sería muy difícil, si no imposible, la eficacia terapéutica.

El médico tampoco debe ofrecerse como médico tratante, debe esperar a que el paciente acuda. Y tiene por otro lado, derecho a la objeción de conciencia: a negarse a brindar al paciente tratamientos que, según su saber científico o su conciencia moral, le causarían un daño.

RESPECTO A LA AUTONOMÍA: La confianza que el paciente debe depositar en el médico, da el justo medio en el respeto a la autonomía del paciente. Hace que la relación del médico con el paciente no se ciña a un **Modelo Paternalista**, en que el médico decía y el paciente acataba, ni permite caer en una mera relación tecnicista (modelo contractual) en que el médico da todas las informaciones del caso y es el paciente que elige lo que le parece más conveniente. El justo medio lleva a “no atropellar ni lavarse las manos como Poncio Pilatos”. En una buena relación médico paciente, de **Modelo Inter-subjetivo**- como encuentro de dos personas- el paciente confía en la preparación y en la rectitud del médico. Este, a su vez, pone su ciencia en ejercicio, explica los riesgos y beneficios y decide con el consentimiento del paciente lo que le parece le beneficiará en mayor grado.

VERACIDAD: la Facultad nos prepara para curar o por lo menos mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes. Por eso, cuando nos encontramos en la práctica con pacientes con mal pronóstico, se nos hace costoso explicarles la situación con claridad. Pero el enfermo tiene derecho a saber su verdadero estado, en el momento y del modo oportuno. Igualmente es importante saber comunicar a la familia, la proximidad del final y animarse a dar la noticia de la muerte, cuando esta ocurra.

“La veracidad forma parte del respeto que merece toda persona, por ello, el médico debe animarse a dar el diagnóstico poco alentador al paciente de modo que pueda asumir con una actitud realista su futuro y sea capaz de dar un sentido trascendente al final de su vida”³.

BIBLIOGRAFIA

1. Dra. Elena Lugo, Relación médico-paciente en Manual de Bioética. 2a Edición. Asunción – 2009
2. Antonio Ruiz Retegui. Valor de la vida biológica en Deontología Biológica. Eurograf. Pamplona - 1987
3. RevMéd Chile 2005; 133: 693-698 Comunicación de la verdad en medicina.

Medicina centrada en el paciente

Dr. Enrique de Mestral

En el modelo biopsicosocial, la enfermedad es el resultado de un complejo entrecruzamiento de redes simbólicas y procesos biológicos que unen el cuerpo, el sí mismo, lo social y lo ambiental. Es tan importante saber qué tipo de paciente padece una enfermedad como qué enfermedad padece ese paciente. Podemos, pues, establecer un diagnóstico centrado en la enfermedad y un diagnóstico centrado en el paciente que tenemos enfrente.

El paciente que viene a la consulta es un padre o una madre, hijo, abuelo, etc. y su contexto incluye su familia, amigos, trabajo, religión, escuela y recursos de salud.

La queja que un paciente trae a la consulta es transformada a través de la anamnesis y del examen físico en una entidad abstracta que llamamos enfermedad. El diagnóstico debe contemplar no sólo una afección sino también las circunstancias vitales y psicológicas de los pacientes.

Uno debería indagar porqué vino el paciente, porqué ahora, qué significado tienen sus quejas, cómo percibe él mismo su problema, cuál es el problema principal. El grupo de Balint consideraba que una persona se decide a consultar cuando los síntomas o exceden el límite de la tolerancia o el límite de la ansiedad del paciente.

Un médico práctico suele manejar los numerosos pacientes que ve en el día gracias al conocimiento previo del paciente, la frecuencia de las diversas enfermedades en su comunidad, la idea del cuidado integral, la prevención y la continuidad de la relación médico-paciente.

Hacer un diagnóstico (discernimiento) es un componente muy importante de la consulta, porque al reconocer y nombrar la enfermedad, se sale del ámbito de la incertidumbre, da la sensación de control (alguien sabe), y adicionalmente disminuye la ansiedad.

El diagnóstico traduce la dolencia o el malestar del paciente en términos bio-médicos, a fin de establecer una clasificación, una posible etiología, los efectos sobre el cuerpo o su funcionamiento, con el propósito de lograr un pronóstico y un tratamiento específico.

Dolencia (illness) es el problema del paciente, es la manera cómo el percibe su afección, su experiencia de estar o sentirse enfermo en contraste con enfermedad (disease). Cuando el paciente consulta ya tiene un modelo explicativo de su enfermedad, del cual puede o no ser plenamente consciente.

Sin embargo, hay una proporción importante de situaciones donde no podemos establecer un diagnóstico, y otras donde hay enfermedades serias pero que no causan trastornos a los pacientes.

El problema visto por el paciente puede ser muy distinto a cómo lo ve el médico quien buscará un diagnóstico. El problema del paciente suele ser el síntoma molesto (lo que le impide funcionar, como: un dolor de cabeza o desplazarse; la impotencia que puede acarrearle problemas de pareja, etc.).

Las quejas que los pacientes llevan al médico también están influenciadas por códigos lingüísticos comunes a una cultura, tanto en la forma de describir los síntomas como de explicar el trastorno. Por ejemplo, los africanos sub saharianos suelen acompañar de ruidos hechos con las manos o la boca para explicar lo que sienten. Los médicos con algunos años de práctica tienen la experiencia de la manera “fantasiosa” que algunos pacientes describen sus molestias.

A menudo, el paciente lleva una queja somática a pesar de que la causa sea la ansiedad. Ocurre que el mismo paciente cree que lo que el médico debe indagar es su queja y no los problemas existenciales que tiene el paciente y que pueden explicar esos síntomas. A menudo, al examinar los significados particulares de la dolencia de un paciente es posible romper el círculo vicioso que amplifica el distress o malestar. El médico autoritario y paternalista ya pasó a la historia.

Debemos enfocar la atención del paciente hacia sus motivaciones, de-seos, valores, sentimientos, pensamientos y el modo en que experimenta y vive su enfermedad.

El modelo científico (biológico) presenta algunos inconvenientes: neutralidad afectiva del médico, orientación técnica en la terapia, sin raíz o profundidad en el cultivo de las virtudes personales, poco énfasis en la relación médico-paciente.

El modelo biopsico-social (atención integral) tiene en cuenta los problemas físicos, espirituales y del entorno.

La atención hospitalaria suele caracterizarse por: pasaje del cuidado en el hogar al cuidado institucional, de una atención por médico conocido a la de un médico extraño; de un médico familiar de cabecera o generalista, atento a la totalidad de la persona, a un especialista concentrado en un sistema particular del cuerpo. Reduce el ser humano a paciente, y el paciente a unos síntomas.

Tener en cuenta que cada paciente encamado en un hospital representa al más enfermo de 1.000 personas de la comunidad. Hay una tendencia actual de aplicar las normas del mercado a la distribución de los recursos para el cuidado de la salud, anteponiendo el costo a la necesidad clínica del paciente o las estadísticas de población a la condición personalizada del cuidado.

Modelo centrado en la enfermedad. El médico se ocupa fundamentalmente de la entidad nosológica que aqueja al paciente, muy frecuente en unidad de cuidados intensivos o en la visión de los médicos muy jóvenes o de los especialistas. Al equipo tratante le cuesta mucho aceptar lo inevitable de la muerte y difícilmente se aceptan las medidas paliativas en situaciones claramente terminales.

Modelo centrado en la persona enferma. Aquí se tiene en cuenta a la persona aquejada de alguna enfermedad. Si bien es necesario ocuparse de la enfermedad, se atiende a las preferencias y prioridades de la persona enferma. En este modelo hay espacio para una toma de decisiones compartidas, las directivas anticipadas, evaluar las medidas ordinarias o extraordinarias, las medidas proporcionadas o desproporcionadas a los resultados esperados. Es más fácil el pasaje de un modelo activo a uno paliativo.

Bibliografía:

1. Cantale, C. Curso básico de Medicina Familiar 2003. Medicina centrada en el Paciente.
2. Levinson, W. A study of Patient clues and Physician Responses in primary Care. JAMA 2000; 284:1021-1027 -Tell me about yourself. The patient centered interview. Annals of Internal Medicine. 2001 Volume 134. Number 11: 1079-1086.

La ética profesional

Dr. Enrique de Mestral

Cualquier sistema de salud persigue dos grandes objetivos: el primero, optimizar la salud de la población empleando el mejor y más avanzado conocimiento disponible; el segundo, minimizar las disparidades asegurando igual acceso a los beneficios para todos. Los profesionales de la salud estamos asistiendo a un aumento de los niveles de inequidad social. Las barreras en el acceso a la atención primaria tendrá un mayor impacto en la población más vulnerable, que es la que está socio-económicamente en desventaja y aumenta por lo tanto la disparidad en el estado de salud entre los más ricos y los más pobres.

El profesional tiene pues permanentemente frente a sí esta problemática social y su conducta deberá estar impregnada de prudencia, de discernimiento de la mejor manera de actuar en cada caso.

El profesional tiene el privilegio de haber recibido el patrimonio cultural y científico de la humanidad. Debe exigírsele responsabilidad y solidaridad; no debe estar condicionado a la moda o a intereses personales; No debe atender diferencias de clases, de razas ni de condición socio-económica.

Hablamos de ética profesional cuando un grupo de personas con una actividad se plantea cómo actuar. Intervienen valores, como: la ley, la salud, o cualquier factor que evoque el bienestar humano en su totalidad, incluyendo el mejoramiento económico.

En muchas situaciones el médico necesita del mejor discernimiento para la elección de la conducta a tomar frente a un paciente.

Cualquier rama de la medicina puede tener sus planteamientos éticos.

Veamos algunos ejemplos de casos de nefrología, cardiología, ecografía, geriatría, ginecología, cuidados intensivos, cuidados paliativos.

En Ecografía: ¿Cuál es el sujeto formal de esta disciplina? ¿Quién es más importante: el paciente o el médico que me remite el paciente? Si la mayoría recurre a ciertas prácticas, ¿eso es correcto o no?

Posibles conflictos: idoneidad o limitaciones del examinador, confabulación del ecografista con el cirujano para la amplificación de imágenes y así justificar cirugías, esconder la vitalidad del embrión, respeto y tergiversación de la opinión de otro colega, etc.

Diagnóstico prenatal (aspectos éticos) : sabemos que los actos morales se juzgan por la intención, las acciones en sí mismas y por las circunstancias. En el caso del diagnóstico prenatal se puede ejemplificar este ejercicio.

La acción en sí misma o el objeto del acto: es el diagnóstico de malformaciones, síndromes malformativos, enfermedades genéticas y/o metabólicas, a través de exámenes de laboratorio, estudio por imágenes y pruebas invasivas durante el embarazo. Se realiza en un feto en riesgo real para obtener información valiosa que puede determinar una mejor conducta. ¿Cómo asegurar la bondad ética del acto? Eligiendo el más inocuo, en las mejores manos y en el momento óptimo. Que busque obtener el máximo de información para el bienestar del feto y recién nacido.

La intención del acto se translucirá al responder a las siguientes preguntas: ¿Para qué lo hacemos? ¿Qué haremos con los resultados? Tranquilizar a los padres si los exámenes son normales. Ayudar en la toma de decisiones tanto al obstetra como al neonatólogo. En la corriente personalista, debemos informar a los padres sobre la evolución pre y postnatal del hijo afectado por alguna enfermedad, sus posibles tratamientos y rehabilitación. Consejo genético para embarazos futuros. Desde el punto de vista de las corrientes utilitarista o liberal radical, en el caso de malformaciones o alteraciones genéticas graves se recomendaría o los padres pedirían la interrupción del embarazo.

Circunstancias del acto. ¿A quién debe hacerse el estudio invasivo? Edad materna mayor a 35 años. Screening serológico alterado. Ante-cedente de hijo con aneuploidía. Progenitor portador de translocación. Retardo de crecimiento intra útero de inicio precoz. Feto con una o más malformaciones mayores. Feto con uno o más marcadores ecográficos.

Ansiedad materna.

Diagnóstico pre natal de hemoglobinopatías: Un modo de análisis utilitarista y personalista.

Las hemoglobinopatías son enfermedades crónicas, debilitantes, a menudo fatales, y pueden ser divididas en dos tipos: las talasemia, que son desórdenes con disminución de producción de cadenas de globina y las hemoglobinas, anormales, como: la anemia a células falciformes. Aunque las modernas técnicas de tratamiento mejoraron ciertamente la vida de estos pacientes (trasplante de médula ósea, hidroxiurea y terapias génicas), no existen tratamientos curativos. El promedio de vida de los hombres con talasemia es de 42 años; y el de las mujeres, de 48 años.

La naturaleza severa de estas afecciones llevó al desarrollo de métodos de despistaje diagnósticos prenatales, lo que condujo a una neta disminución del nacimiento de niños con beta talasemia, por ejemplo.

Identificación de candidatos para tests prenatales. Grupos étnicos con poco riesgo de hemoglobinopatías son los europeos nórdicos, japoneses y nativos americanos. Todas las embarazadas deberían tener un hemograma completo con índices hematimétricos. En las que el MCV sea < 80 fL (tamaño pequeño de los glóbulos rojos) en ausencia de deficiencia de hierro, sugiere talasemia. Una electroforesis de la hemoglobina debe ser practicada en toda mujer que tenga lo recién citado más historia familiar, étnica o médica sugerente de hemoglobinopatía. En todos los casos de resultados sospechosos, el padre también tiene que hacerse los mismos análisis para determinar el riesgo de la enfermedad en el feto. Todos los recién nacidos deben tener un despistaje de estas anomalías.

Métodos de tests prenatales. Se necesita obtener material fetal de manera segura y hacer un diagnóstico seguro antes de las 24 semanas de gestación, plazo después del cual ya no se puede realizar una interrupción del embarazo en los Estados Unidos (esto por supuesto en una ética utilitarista).

El desarrollo del examen ADN ha mejorado grandemente la técnica de procesamiento del material fetal (biopsia de vellosidades coriónicas entre las 10 y 12 semanas, por amniocentesis entre las 15 y 20 semanas, aislamiento de células fetales en la circulación materna o por diagnóstico pre implantatorio).

El diagnóstico preimplantatorio es un método que evita la terminación del embarazo (de nuevo en una visión utilitarista).

En la óptica utilitarista, los genetistas tienen la responsabilidad de poseer los conocimientos y destrezas para aplicar con exactitud y aconsejar a los padres en un momento donde aun puedan tomar una "decisión reproductiva", es decir un aborto provocado. Es esencial que el consejo genético incluya todos los riesgos genéticos y de los mismos tests practicados. Los profesionales que tengan conflictos religiosos o morales deben transferir estas pacientes a otros colegas.

Como la única solución "realista" para las madres es el aborto, la concepción selectiva o la no procreación (63% de las parejas deciden no seguir procreando), estos diagnósticos prenatales no deben ser impuestos ni apresurados. Desde luego que la decisión de recibir consejos sobre diagnósticos prenatales está influenciada por la cultura, la religión, el nivel educativo, y el número de hijos.

Muy diferente es la posición personalista que está basada en un respeto a la vida humana y a su dignidad desde la concepción y hasta la muerte natural, sin importar los defectos o el deterioro que se pueda presentar.

En Cardiología: los cardiólogos tienen un rol importantísimo en la sociedad, promoviendo la salud cardiovascular de sus pacientes. Ellos están obligados a un nivel de excelencia muy elevado en el cuidado clínico y en su conducta ética. Se espera que actúen con integridad, honestidad, y compasión.

La cardiología se enfrenta a menudo con grandes desafíos de la ética clínica incluyendo la relación médico-paciente, el consentimiento informado, la autonomía de los pacientes, la justicia que debe ser practicada, las directivas anticipadas para el final de la vida, la ética de la investigación, etc.

En Gineco-Obstetricia: la paciente debe recibir una información completa, sobre los riesgos y beneficios para ella misma y para el feto, tanto del parto vaginal como de la cesárea. Se debe permitir que la paciente exprese las razones de su pedido. Los miedos al trabajo de parto o al dolor deben ser debidamente aclarados. Muchas veces, con consejos apropiados, se pueden evitar tomar decisiones apresuradas o equivocadas.

El parto vaginal es lo que debe ser propuesto en la generalidad. La intervención cesárea debe ser reservada a los casos donde el beneficio para la salud y la vida sea claro, para la madre y el feto.

El obstetra puede estar tentado de practicar cesáreas para organizar y ganar tiempo, y también por ventajas en la remuneración. Pero el obstetra faltaría a la ética si distorsiona la información que se debe dar a la paciente en beneficio del interés personal del profesional.

Los temas del aborto y la planificación familiar son tratados en otro capítulo.

Paciente en etapa terminal es la persona afectada de una enfermedad que no responde a las terapias que tienen por objeto la curación, o que no son pasibles de un tratamiento curativo, y cuya esperanza de vida es corta a todas luces. Éstos tienen una mortalidad elevada, resultados pobres, se pueden considerar la restricción o el retiro de medidas, suele haber mucha presión social, considerar la dependencia, la calidad de vida (<50% de los crónicos tiene una calidad de vida aceptable), la apreciación de la calidad de vida por los pacientes a veces está dificultada por problemas neurológicos o de fonación (traqueotomía), la dificultad del médico de apreciar la calidad de vida del paciente.

Clasificación: a) agónicos: 3 - 4 días de esperanza de vida, b) críticos: unos 15 días, c) terminales: unos 6 meses.

Algunas recomendaciones: no tomar decisiones apresuradas; hay tiempo, intercambiar ideas y pareceres con el equipo tratante, los familiares y el paciente. Obtener el consentimiento informado. Ilustrar beneficios esperados, riesgos, pronóstico con y sin tratamiento. Ofrecer medios, nunca resultados. Evaluar la competencia del paciente, respetar su autonomía.

Suele ser difícil la toma de alguna decisión en estos casos, y hay que favorecer el contacto con el mismo paciente si es aun competente, o al menos con los familiares próximos, de modo a tener más elementos de juicio para el empleo o no de medidas extraordinarias.

El orden de preferencias de retiro de tratamientos en pacientes terminales es el siguiente: productos sanguíneos, hemodiálisis, vasopresores, ventilación mecánica, alimentación parenteral, antibióticos, fluidos intravenosos, hidratación por sonda.

Factores de riesgo para mayor morbilidad: edad avanzada, insuficiencia renal, insuficiencia hepática, enfermedad pulmonar obstructiva crónica severa, cardiomiopatía severa, diabetes, estado funcional previo precario.

Dilemas con la diálisis en gerontes

La expectativa de vida de 3 años para los que inician desde los 65 años.

Sobrevida de 5 años, entre 20 y 40%. Hay dificultades para la instalación de la fístula. Existen algunas constataciones estadísticas como: a) las situaciones que tienen que ver con la restricción del recurso a la diálisis: edad avanzada, el hecho de ser varón (no sin llamarnos la atención esta diferencia de género), la situación mental y el tener un diagnóstico de cáncer. b) Factores que tuvieron que ver con el retiro de diálisis: pacientes con estadio muy avanzado de su enfermedad (estado de coma, mal pronóstico, edad avanzada, estado mental muy deteriorado, co morbilidades crónicas, desnutrición severa, calidad de vida precaria como los internos de las residencias geriátricas, hospitales psiquiátricos).

Desde el punto de visto ético, los factores que deberían influir en estas decisiones son: el pronóstico, el estado clínico, el deseo del paciente respecto al tratamiento, la actitud del paciente frente a un tratamiento agresivo, la calidad de vida del paciente.

La morbilidad a los 75 años cuando se necesita iniciar la diálisis: 17% está con diabetes; 35%, enfermedad coronaria; 10%, accidentes cerebro vasculares; 18%, enfermedad pulmonar obstructiva crónica; 22%, insuficiencia arterial periférica; 10%, depresivos; 40% desea un transplante, 13% está en silla de ruedas, 33% participa de actividades externas.

Los cuidados paliativos constituyen todas aquellas técnicas o procedimientos destinados a pacientes que no pueden beneficiarse con tratamientos curativos, donde la expectativa de vida es de 6 meses o menos. Control del dolor y otros síntomas molestos. Especial atención al sufrimiento psicológico, espiritual y social. Busca el acompañamiento y la calidad de fin de vida. Los cuidados paliativos no entran nunca en la futilidad.

Medidas ordinarias, las comúnmente empleadas, generalmente en sala común de internación.

Medidas extraordinarias, término ambiguo pues las ayer extraordinarias, hoy pueden ser ordinarias. Se refiere mas bien a los medios empleados en las Unidades de terapia intensiva, diálisis, alimentación parenteral. En general son muy costosas y provocan sufrimiento en los pacientes.

Medios proporcionados, término más exacto para describir los empleados esperando un resultado razonable.

Medios desproporcionados, medidas que no guardan una relación de debida proporción entre los medios empleados y el resultado previsto.

Son más gravosos o inútiles que beneficiosos o útiles.

Futilidad: intervención que razonablemente no puede ofrecer beneficios al paciente, ejemplo: Respiración asistida en metástasis pulmonares con cáncer incurable. Son tratamientos inútiles, tienen costo, conllevan un problema de justicia distributiva, son potencialmente iatrogénicos. En estos casos es mejor ofrecer los cuidados paliativos.

Directivas anticipadas. En muchos países ya se aceptan los deseos de los pacientes, dados por escrito o verbalmente a sus familiares, para el caso de que no estén en condiciones de ejercer su autonomía y llegasen a un trance difícil con riesgo vital. En ellas se establecen las conductas a seguir en caso de necesitar implementar o suspender las medidas extraordinarias de mantenimiento artificial de la vida, sus ideas acerca del encarnizamiento terapéutico y la eutanasia. Los cuidados paliativos apropiados son la alternativa válida frente a la tentación a recurrir a estas dos últimas.

Encarnizamiento terapéutico o distanasia

Utilización de recursos desproporcionados para el fin propuesto. Es una medicina defensiva.

Toma de decisiones en pacientes sin capacidad de discernimiento: Si no hay directivas anticipadas, habrá que indagar si el paciente ha designado un “representante terapéutico” entre sus familiares o amigos. Cada decisión deberá tomarse respetando los deseos expresos o presumidos y en el mejor interés del paciente.

Las directivas anticipadas aparecieron como un aspecto de la relación médico paciente con el fin de evitar el encarnizamiento terapéutico y permitiría al paciente prolongar en el tiempo la posibilidad de ejercer su derecho a la autodeterminación aun en caso de haber perdido la capacidad de expresarse ya sea de manera transitoria como en el coma, recaída de enfermedad mental o de forma definitiva como en la demencia o un Accidente cerebro vascular mayor.

Es interesante designar a dos personas como representantes terapéuticos, al médico de cabecera y a un pariente.

En estas directivas: 61% reclaman el alivio del dolor, 43% reclaman medidas de confort, 33% aceptan la autopsia y la donación de órganos, 24% expresan el deseo del lugar de cuidados, 20% expresan consideraciones estéticas sobre si mismos (rechazo de mutilaciones, medidas higiénicas, etc.), 14% expresan la preocupación por los parientes, 8% expresan los deseos del funeral o entierro.

Por supuesto que también estas directivas pueden ser empleadas en el sentido de dar o darse un final intencional en el caso de afecciones terminales o pérdida del estado de conciencia en un marco utilitarista.

Doble efecto. Dícese de los inconvenientes o complicaciones no buscados ni deseados de algún tratamiento necesario para el paciente pero que puede acelerar o aún acarrear la muerte. Como ejemplo pondríamos al tratamiento eficaz del dolor con morfina, la sedación terminal, situaciones que pueden acelerar el desenlace, no siendo esto último el objetivo terapéutico. El tratamiento de cáncer de cuello uterino avanzado en una embarazada puede necesitar una histerectomía junto con el feto, o en el caso de leucemias detectadas durante el embarazo donde los medicamentos pudiesen dañar al feto, o el recurso a diálisis en la mujer embarazada, donde también hay una mortalidad fetal aumentada. En el caso del doble efecto, se proporciona el tratamiento al que necesita, puede ser para la madre como puede ser para el feto que necesite una cirugía intra útero, poniendo también en riesgo la salud de la madre.

La Muerte encefálica ocurre cuando el daño cerebral irreversible es tan extenso (necrosis) que el órgano ya no dispone de potencial para la recuperación y no puede mantener la homeostasis interna del cuerpo: función respiratoria normal o cardiovascular, control normal de la temperatura, función gastrointestinal normal y así sucesivamente. La muerte encefálica incluye la del cerebro, lóbulo límbico, cerebelo y tronco cerebral. La muerte de la persona puede ser declarada por el paro cardio circulatorio irreversible o por muerte encefálica.

Los dispositivos mecánicos pueden preservar a los órganos periféricos por cierto tiempo bajo tales circunstancias, pero desarrollará en unos días, rara vez después de varias semanas insuficiencia de la circulación general, cese del latido cardiaco. En estos casos el cerebro está autolisado (cerebro respirador) cuando se examina post-mortem.

Se ha discutido si la muerte del encéfalo equivale a la muerte de la persona. Analicemos del lado del transplante de los demás órganos. Si transplantamos médula ósea, o sangre total, o un riñón, o parte del hígado, o incluso el corazón, no alteramos la identidad del receptor. Si bien estos órganos tienen el genoma propio de una persona, en ellos no radica su personalidad. El encéfalo es el órgano sede de nuestro raciocinio, sentimientos, emociones e instintos, de nuestro discernimiento ético, de nuestra personalidad.

Siendo el encéfalo el asiento de todas estas funciones superiores y exclusivas del género humano (por lo menos en lo referente al raciocinio y al discernimiento ético pues los animales superiores también tienen instintos y emociones), su destrucción irreversible equivaldría a la muerte de la persona. Probablemente este órgano tan desarrollado en los humanos, sea el 2% de diferencia en el genoma comparado con los primates.

En todo caso, tanto la legislación como la misma Iglesia Católica aceptan el concepto de muerte encefálica a los fines de la donación de órganos únicos.

Detalles técnicos de la declaración de muerte encefálica y leyes concernientes, ver en el capítulo correspondiente y en la **Ley 1246/98** en Anexos.

Bibliografía:

1. Restricción vs. retiro del apoyo vital: factores de los pacientes referentes a diálisis. *Journal of the American Geriatrics Society*. Volume 48 • Number 5 • May 2000
2. Recomendaciones para pacientes terminales en UTI *Critical Care Medicine* Volume 29 • Number 12 • December 2001
3. Department of Epidemiology and public Health, London. *Care in the terminally*. 1996.
4. Guidelines of the Swiss Academy of Medical Sciences. Treatment and care of elderly persons who are in need of care: medical-ethical guidelines and recommendations. *Journal of Nutrition, Health and Aging*. Vol 9, number 4, 2005.
5. Aspectos éticos en pacientes crónicos y críticos. *Clinics in Chest Medicine*. Volume 22 • Number 1 • March 2001
6. Hemodialysis in the elderly. Up to date 2003
www.uptdol.com. Ethics: ethical issues in offering, recommending and performing cesarean delivery
7. Jensen, L. Pontificia Universidad Católica de Chile.
8. www.utdol.com. Ethics: Prenatal testing for the hemoglobinopathies and thalassemias.
9. Cao, A.; Saba, L.; Galanello, R.; Rosatelli, MC. Molecular diagnosis and carrier screening for beta thalassemia. *JAMA* 1997; 278:1273
10. The American College of Obstetricians and Gynecologists Committee. Genetic screening for hemoglobinopathies. ACOG Committee Opinion 168; 1996; Washington, DC.
11. Kuliev, A.; Jackson, L.; Froster, U.; et al. Chorionic villus sampling safety. Report of World Health Organization/ EURO meeting in association with the Seventh International Conference on early prenatal diagnosis of genetic disea-ses. Tel-Aviv, Israel, May 21, 1994. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 174:807.

Bioética e investigación científica

Dr. Enrique de Mestral

La investigación ha producido beneficios sociales sustanciales, prolongando la esperanza de vida y la calidad de vida, pero también ha planteado algunas dudas éticas inquietantes. El objetivo principal es generar conocimiento útil para los pacientes y desde los pacientes gracias a su voluntaria e informada participación. La investigación clínica sirve pues para aumentar el conocimiento sobre los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que van a ser aplicados sobre los pacientes.¹

El factor político suele intervenir en la selección de las áreas de investigación. Las consideraciones de tipo económico y comercial influyen en la restricción de la divulgación del conocimiento científico.

En medicina actuamos en base a la evidencia. La toma de decisiones necesita de conocimientos adquiridos por la investigación que debe asumir como su más grande obligación moral el contribuir a que la moderna práctica clínica se asiente en procedimientos basados en esa mejor evidencia disponible como primer e imprescindible paso para una asistencia de calidad.³

La excelencia en clínica sólo es alcanzable con una investigación de calidad, que permita establecer los límites entre lo validado y no validado.⁴

Varias responsabilidades del estado están delegadas a actores no gubernamentales (instituciones de investigación biomédica, compañías de seguros de salud, industria farmacéutica, proveedores de salud) que no tienen un control muy estricto. Aunque las naciones estén comprometidas al respeto de los derechos humanos, los trabajadores de la salud deben ser educados a cómo incorporar el respeto de los derechos humanos en su trabajo.⁵

Análisis filosófico y ético de la ciencia

Al conocimiento demostrado y desarrollado de modo sistemático lo llamamos ciencia. Es la combinación de la información que nos proporcionan los sentidos junto con el razonamiento.

Ella tiene sus perspectivas particulares. El sujeto que construye la ciencia posee unas dimensiones que le sitúan por encima del objeto de su estudio. Por eso la ciencia avanza.

Pero es claro que la ciencia, por sí misma, no se encuentra en condiciones de decidir acerca de cuestiones éticas y humanistas. Tampoco los problemas metafísicos y religiosos pueden tratarse según los métodos de la ciencia experimental y no por eso dejan de ser legítimos y centrales en la vida humana.

La ciencia gira en torno a la solución de problemas. Se construye una hipótesis explicativa y se comprueba su validez. Los científicos pueden temer la intromisión de la búsqueda de valores, pues pondría en riesgo su autonomía.⁶

La investigación es un proceso sistemático diseñado para producir conocimiento generalizable. Los resultados de la investigación, por lo general, se aplican a otras poblaciones, se publican, y se difunden.

La investigación es concebida como una actividad para probar una hipótesis, sacar conclusiones y a partir de ellas, desarrollar o contribuir al conocimiento generalizable (teorías, principios, formulaciones).⁷

En la parte de un protocolo, donde se fijan objetivos, se formula una hipótesis o teoría, se delinea una serie de procedimientos para la confirmación por experimentación o constatar colisión con las predicciones (hipótesis).

El investigador se formula preguntas y utiliza el contraste de hipótesis, describe su método, y observa la realidad analizándola.

Como los actos humanos no son irrelevantes, la valoración ética es de suma importancia para analizar los fines, los medios, y las consecuencias.

A veces tenemos investigaciones relevantes pero inmorales.

No todos los medios para generar conocimiento científico son válidos. No todos los fines de investigación son lícitos. A veces no basta con la autorregulación de los investigadores, pues hay investigaciones inmorales.

Existen fines malos, como la generación de armas químicas, píldoras abortivas, hibridación hombre con mona, clonación, por citar algunos ejemplos.

Las consecuencias pueden verse en el tema de la terapéutica genética en seres humanos, o las demográficas en el caso de la elección de género.

Los medios pueden ser malos, como el trasplante de órganos fetales, donde una persona es utilizada como repuesto de otra, o la utilización de embriones para experiencias biológicas.

Recordar que ya existe una individuación bioquímica del genoma entre la 4ta y la 8va división celular, produciendo ya sus propias proteínas. También es posible la determinación del sexo en embriones desde la 6ta a la 10ma división, a través de un agujero en la zona pelúcida y esto utilizarse para la elección de sexo.

La evolución de la ética de investigación se hizo a través de códigos, pautas, y reglamentos elaborados, para cumplir con las exigencias de la investigación con participantes humanos.

Las reglamentaciones éticas de la investigación científica tienen su origen en los cuestionamientos, que surgieron luego del descubrimiento por el mundo occidental de las atrocidades cometidas por los nazis durante la II Guerra Mundial. Se provocaban quemaduras y heridas en niños, se los sometía a inanición para experimentar los síntomas presentados por caquexia, los judíos eran forzados a participar en experimentos inhumanos. No había justificación científica adecuada, ni consentimiento informado, ni beneficio para los participantes. Se provocaba dolor, sufrimiento, y muerte.

En 1948, el **Código de Nuremberg**, establecido con el propósito de que las atrocidades cometidas por los nazis no vuelva a ocurrir, exigía que la participación del sujeto debía ser con consentimiento informado, que los experimentos deben ser fundamentados por evidencia científica razonable, que no debe producirse dolor, o sufrimiento físico o mental inaceptable, y que el sujeto podía retirarse en cualquier momento de la investigación.

Otro antecedente es la **tragedia de la talidomida**, entre 1950 y 1960, donde los estudios pre marketing en escasos controles no detectaron los efectos tóxicos de la droga.

En 1964 surge la **Declaración de Helsinki** por la Asociación médica mundial, que constituye la más reconocida regulación internacional para la investigación clínica. Ha sido adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial AMM, Helsinki 1964, con varias enmiendas hasta la de 2004, Tokio. Ella establece principios y parámetros racionales para la investigación en seres humanos. Introduce los conceptos de aprobación por un comité de ética de investigación. El investigador es designado responsable de la salud de los sujetos que participan, a partir del consentimiento informado por escrito.¹¹

En 1977, en los Estados Unidos, la **Food and Drug Administration (FDA)** establece un Código de Regulaciones Federales para la investigación clínica e introduce los conceptos de "Buena práctica clínica" e "Integridad de Datos".

El **Reporte Belmont**¹², en 1979, introduce tres principios para la protección de sujetos que participan de una investigación: beneficencia, autonomía, y justicia. Qué supone investigar en el contexto biomédico? En el conocido Belmont Report se distingue la práctica médica de la investigación médica. La práctica designa una intervención encaminada primordialmente a beneficiar a un paciente individual con una expectativa razonable de éxito, mientras que la investigación representa una actividad destinada a evaluar una hipótesis y conducir a unas conclusiones con el objetivo de obtener y ampliar el caudal de conocimientos.¹³

La **Organización Mundial de la Salud (OMS)**, en 1993, establece recomendaciones para los países en desarrollo así como las Guías éticas internacionales para la investigación biomédica entre las que figura el consentimiento informado, la selección de los sujetos, la confidencialidad de los datos, la compensación para daños eventuales, los procedimientos de revisión por los comités de ética, y las obligaciones de los patrocinadores y país huésped.

Y se establecen las pautas éticas internacionales para la investigación Biomédica en Seres Humanos de 2002 por el **Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS)**.

He aquí algunos de los temas tratados: la justificación de la investigación biomédica en sujetos humanos, el estudio debe estar de acuerdo con la ley y obtener la aprobación de un Comité de Ética independiente. Trata de los requisitos del protocolo, de las responsabilidades del patrocinador, del consentimiento informado, de la protección de los participantes humanos, de los riesgos y beneficios de la participación, la vulnerabilidad de las personas, reglamenta la utilización del **placebo**, que sólo se utiliza si no existe un estándar validado eficaz.

En 1996, la **Conferencia Internacional de Armonización (ICH)** establece Guías Internacionales en buena práctica clínica (GCP) para proveer estándares uniformes para la Unión Europea, Japón, y los USA, para facilitar la aceptación mutua de los datos clínicos, desarrollados con la consideración de los estándares corrientes de la Unión Europea, Japón, USA y Australia, Canadá, y los Países Nórdicos y la Organización Mundial de la Salud (OMS). La sección de la GCP de la ICH revisó los siguientes tres elementos: protección de los participantes del estudio, soporte científico del estudio, e integración de los datos.^{15 16}

Qué es la Buena Práctica Médica (GCP - Good Clinical Practice)¹⁷

Es una calidad estándar ética y científica internacional para el diseño, conducción, registro y reporte de estudios que involucra la participación de seres humanos. El seguimiento de este estándar provee una seguridad pública donde el derecho, seguridad y bienestar de los sujetos son protegidos, consistentes con los principios que tienen su origen en la Declaración de Helsinki, y que los datos del estudio clínico sean creíbles. Son guías desarrolladas bajo las actuales prácticas de GCP de la Unión Europea, Japón, y los Estados Unidos, Australia, Canadá, países Nórdicos, y la OMS. También tienen directivas concernientes a los investigadores y a los patrocinantes.

Objetivos: proveer un estándar unificado para la Unión Europea, Japón, y los Estados Unidos, para facilitar la aceptación mutua de los datos clínicos por las autoridades regulatorias en esta jurisdicción.

Principios de la GCP

Los estudios clínicos deben ser conducidos de acuerdo con los principios éticos que tienen su origen en la Declaración de Helsinki, y que son consistentes con las buenas prácticas clínicas y los requerimientos regulatorios.

Previo al inicio de un estudio, deben evaluarse los posibles riesgos e inconvenientes contra los beneficios anticipados para los individuos del estudio y la sociedad. Un estudio debe ser iniciado y continuado solamente si los riesgos justifican los beneficios.

Los derechos, seguridad y bienestar de los sujetos de estudio son las consideraciones más importantes y deben prevalecer sobre los intereses de la ciencia y la sociedad.

La información preclínica y clínica disponible sobre un producto de investigación debe ser adecuada para sostener los propósitos de un estudio clínico.

Los estudios clínicos deben ser científicamente sólidos, y descritos en un protocolo detallado y claro.

Un estudio debe ser conducido en concordancia con el protocolo que ha recibido la aprobación y opinión favorable del Cuerpo Institucional de Revisión/Comité de Ética Independiente.

Los cuidados y decisiones médicas realizados a los sujetos deben siempre ser responsabilidad de un médico calificado. Cada individuo involucrado en conducir un estudio debe ser calificado por educación, entrenamiento y experiencia para realizar sus tareas respectivas.

Debe obtenerse el consentimiento informado de cada sujeto, en forma libre y previo a su participación en el estudio clínico. La confidencialidad de los registros, que podría identificar a los sujetos, debe ser protegido, respetando la privacidad y reglas de confidencialidad de acuerdo con los requerimientos regulatorios.

Todos los datos clínicos de información debe ser registrado, manipulado, y archivado en la manera en que sea permitido su reporte exacto, interpretación, y verificación.

Los Productos de investigación deben ser fabricados, manipulados, y almacenados de acuerdo con las guías de buena práctica de manufactura (GMP). Deberían utilizarse de acuerdo con el protocolo aprobado.

Deben ser implementados los sistemas con procedimientos que asegure la calidad de cada aspecto del estudio.

El Comité de Ética de Investigación (CEI)

Primero se debe ver la autoridad bajo la cual se establece un CEI. Debe tener su manual de procedimientos, requisitos de selección de los miembros, y descripción de las funciones y deberes del CEI. Sus miembros deben estar capacitados para evaluar la investigación y poder representar los intereses de la comunidad donde se desarrolla el estudio. Debería estar equilibrado en sexo, edad, preparación cultural.

Tiene por objetivo principal la protección de los sujetos participantes. Debe revisar el proyecto de investigación, conformando el análisis científico a los aspectos morales, y armonizar los valores de la ciencia con los del espíritu. Otros cometidos son: proteger los derechos de los sujetos, los derechos de los investigadores, los del patrocinador, los derechos de las instituciones que ofrecen ser patrocinador. Debe asesorar a académicos y alumnos en aspectos éticos de la investigación biomédica y promover el perfeccionamiento de sus miembros y de la comunidad de la Facultad.

Debe velar por el retorno de los beneficios a los participantes.

El CEI no revisa publicaciones retroactivas. Sin embargo, las decisiones del CEI son vinculantes, es decir que el CEI autoriza un protocolo de investigación, sugiere correcciones o lo rechaza.

Según lo definido por la Declaración de Helsinki, un CEI es un componente crítico y necesario, desde una perspectiva legal y ética, de una investigación en seres humanos.

Cualquier protocolo aprobado por un CEI deberá garantizar que las actividades propuestas por la investigación minimiza el riesgo potencial a los sujetos. El riesgo de los sujetos es razonable en relación al beneficio anticipado y a la importancia y significancia del conocimiento científico potencialmente adquirido con la investigación.

La determinación de la apropiación del estudio depende de los valores de los hallazgos del estudio sobre la población como un todo y no para un individuo específico. Los informes de eventos adversos pueden ser de carácter grave, inesperado, o relacionado.

Aspectos éticos

La investigación puede tener fines (armas químicas, píldoras abortivas), medios (utilización de embriones para la experimentación biológica, transplante de órganos fetales), y consecuencias (alteración demográfica con la elección de género) malas. Es por eso que la ciencia, que es en sí misma éticamente neutra, necesita del apoyo de otras disciplinas humanísticas para dirigirla únicamente al bien de la humanidad.

Se deberían proponer algunas preguntas al examinar un protocolo de investigación, tales como: ¿Plantea el ensayo clínico una pregunta científicamente válida?, ¿Es el diseño propuesto apropiado para obtener una respuesta clara a la pregunta que se plantea?

¿Es el coste humano excesivo en término de riesgo, disconfort o número de sujetos?, ¿Cómo van a ser reclutados los sujetos de experimentación?, ¿Se les ofrecerá alguna recompensa?, ¿Qué se les explicará sobre la investigación?, ¿Cómo y en qué términos les será pedido el consentimiento informado?, ¿A qué situaciones y procedimientos estará sometido el paciente?, ¿En qué circunstancias el paciente será retirado del estudio?, ¿Cómo será indemnizado el paciente en caso de sufrir daño injustificado durante la investigación?,

¿Qué derechos tienen el investigador, el promotor del estudio, y el paciente en relación con los datos obtenidos del estudio y su eventual publicación?, ¿Cómo será seguido el estudio?

Principios éticos esenciales

El CEI debe proteger la vida, la salud, y los derechos humanos de las personas sujetos de investigaciones.

El respeto por las personas que tienen una dignidad inherente por el mero hecho de serlo. Esto incluye: a) el respeto a la autonomía, es decir que las personas capaces de discernimiento sobre sus decisiones sean tratadas con respeto por su capacidad de autodeterminación; b) la protección de las personas con autonomía disminuida o deteriorada, que implica que se debe proporcionar seguridad contra daño o abuso. No se hará discriminación por motivos de nacimiento, edad, etnia, raza, género, condición congénita o estado de salud, origen social, idioma, religión filiación política, posición económica, orientación sexual, discapacidad, o diferencia de cualquier otra índole; y c) respeto por la comunidad y culturas.

Gracias a la investigación podemos proporcionar al paciente la información adecuada para que haga uso de su autonomía; aun cuando el feto, el RN, el retardado mental, y el demente estén impedidos de ejercerla.

La beneficencia se refiere a la obligación ética de maximizar el beneficio físico, mental, y social, y minimizar los riesgos al mínimo. El riesgo de los sujetos debe ser razonable en relación a los beneficios anticipados para ellos, si los hubiere, y la importancia del conocimiento que pudiere resultar del estudio. Debe existir previsión de compensación y tratamiento en caso de lesión o muerte atribuibles a la investigación en cuestión. Prestar atención particular si la población vulnerable es involucrada (niños, prisioneros, embarazadas, indígenas, discapacitados físicos o mentales, personas en minusvalía económica o de educación).

En la voluntariedad se debe tener en cuenta que puede existir coerción, influencia indebida, y presiones injustificadas por autoridad o posibles sanciones.

La justicia se refiere a la obligación ética de tratar a cada persona de acuerdo con lo que considera moralmente correcto y apropiado. Trata también de la distribución de los riesgos y beneficios. Regula la selección de personas como sujeto de investigación. Ésta deber ser equitativa, sin discriminación contra minoría o incapacitados, de modo tal que quienes corran algún riesgo, aún mínimo, sean los que también se beneficien sustancialmente.

El tema de la **vulnerabilidad de las personas**.¹⁹ Este término alude a una incapacidad sustancial para proteger intereses propios, debido a impedimentos, como: falta de capacidad para dar consentimiento informado, falta de medios económicos para conseguir atención médica u otras necesidades de alto costo, ser un miembro subordinado de un grupo jerárquico, encontrarse privado de libertad, dementes, embriones, fetos, y pacientes psiquiátricos severos. El riesgo para las personas vulnerables podría justificarse cuando se trate de intervenciones o procedimientos que puedan ofrecer una posibilidad de mejorar su estado de salud, debiendo obtenerse el consentimiento informado de la persona o su representante legal en caso de que se encuentre incapacitado para darlo.²⁰

La ausencia de investigación en un campo determinado nos puede impedir discernir sobre la justicia en la asignación de recursos y la eficiencia de la asistencia prestada, con la consiguiente dificultad de la aplicación de la beneficencia médica.

La ética normativa exige pues una conducta regida por valores humanos y códigos preexistentes, marcando claramente el actuar en el campo de la investigación con seres humanos.

La investigación en seres humanos debe ser realizadas y supervisada sólo por investigadores debidamente calificados y experimentados, de acuerdo con un protocolo que establezca claramente el objetivo, cualquier riesgo conocido para los sujetos, las fuentes desde las cuales se propone reclutar sujetos, y los medios propuestos para asegurar que su consentimiento será adecuadamente informado y voluntario.

La información proporcionada en el formulario de **consentimiento informado** siempre debe estar evaluada por el comité de ética de investigación, que es independiente del grupo investigador, con el fin de cautelar al máximo los derechos del paciente, en especial de aquellas personas vulnerables, que tengan limitada su capacidad de dar su consentimiento, incluyendo niños, adultos con trastornos mentales o conductuales severos, y personas que no se encuentren familiarizadas con los conceptos y tecnología médicas. Se requiere una justificación especial para invitar a individuos vulnerables a participar como sujetos de investigación. .

Los científicos deben comprender el cuerpo humano como la dimensión tangible de una realidad personal unitaria, corpórea, y espiritual al mismo tiempo.²¹

Grilla para análisis de un protocolo de investigación, ver en Anexos.

Bibliografía

- ¹ Asamblea médica mundial. Declaración de Helsinki, 1964. Art. 6
- ² <http://weblogs.madrimasd.org/biocienciatecnologia/archive/2008/04/10/88742.aspx>
- ³ http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132003000100003&lng=pt&nrm=
- ⁴ Gil, A.C.; Herranz, O.; Fernández Hidalgo, O. Ética médica e investigación clínica. PUC.
- ⁵ Gruskin, S.; Mills, E.; Taratola, D. Helath en human rights 1. The Lancet, 2007, 370.
- ⁶ Artigas, M. Filosofía de la Ciencia. 1999. Madrid Eunsa.
<http://www.monografias.com/trabajos15/hipotesis/hipotesis.shtml>
- ⁷ http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0716-98682001000100012&script=sci_arttext
- ⁸ Código de Nuremberg. <http://www.bioetica.org/bioetica/nuremberg.htm>
- ⁹ <http://archivo.elnuevodiario.com.ni/1998/diciembre/20-diciembre-1998/variedades/variedades5.html>
- ¹⁰ OMS. Normas éticas internacionales para las investigaciones biomédicas con sujetos humanos. Bulletin de l'OMS 2001, 79 (4)
- ¹¹ Cf. Belmont Report (1979), 3, 2, sección A.
- ¹² Lugo, E. Aspectos éticos de la investigación clínica. Presentación ante la Academia Nacional de Medicina Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas. Pautas Éticas Internacionales para la Investigación y Experimentación Biomédica en Seres Humanos. - Ginebra, Suiza : CIOMS/OMS, 1993
- ¹³ Comité de especialidades farmacéuticas, aprobado en 1996, últimas correcciones julio 2002.
- ¹⁴ www.ich.org/LOB/media/MEDIA482.pdf
- ¹⁵ EU Directive 2001/20/EC, article 1, clause 2:
- ¹⁶ Declaración universal sobre bioética y derechos humanos de la UNESCO. Art. 1
- ¹⁷ CIOMS. Pauta 13
- ¹⁸ Declaración universal sobre bioética y derechos humanos de la UNESCO. Art.8.
- ¹⁹ Pontificia Academia Pro Vita. "Ética de la investigación biomédica: para una visión cristiana". IX Asamblea General. L'Osservatore Romano, 13 marzo 2003.

Mala praxis

Dr. Enrique de Mestral

Aunque compete al Derecho Médico, creemos importante introducir algunos conceptos sobre este tema en el Manual.

Lex artis. Es el standard profesional de las reglas técnicas y éticas que guían el desempeño médico. Determina si el médico se apartó o no de sus funciones.

Culpa médica. Culpa médica. El médico tiene la obligación de comportarse con pericia, diligencia, y prudencia. Existe un nivel medio exigible. **La culpa** hace incurrir en responsabilidad por inadecuado proceso intelectual, instrumental, o técnico material (confusión de enfermo, de miembro, prótesis inadecuadas).

La falta se expresa como **impericia** (no saber hacer), **negligencia** (no hacer lo que se debe), **imprudencia** (hacer más de lo que se sabe), **ignorancia** intolerable.

El daño puede ser lesional, funcional, estético, dolores residuales.

Daño sin culpa. Son ejemplos: los daños inherentes de una cirugía muy compleja, idiosincrasias o reacciones propias de un paciente a una droga, evolución natural de una patología, culpa del paciente, fuerza mayor, daño hecho por un tercero.

Mala praxis. Situación creada cuando el médico se aparta de la Lex Artis. Es frecuente observar en diarios y otras publicaciones avisos de estudios jurídicos especializados en “daño médico”. Estos avisos, destinados a pacientes o familiares de pacientes que han sufrido un mal resultado, no suelen referirse a “mala atención médica”, sino que directamente se focalizan en “el daño”.

Los 4 elementos de la mala praxis:

- 1) que exista evidencia de una falta médica,
- 2) que exista evidencia de daño en el paciente, y
- 3) que exista evidencia de nexo causal entre la falta y el daño arriba mencionados;
- 4) imputabilidad (que el médico sea tenido por culpable del daño).

Cuando hay daño sin que exista culpa, o cuando hay una falta sin que exista daño, no puede hablarse de mala praxis. Cuando falta y daño están presentes sin que exista determinismo causal entre ellos, no puede hablarse de mala praxis médica.

Un mal resultado médico es el principal factor de riesgo para ser demandado por mala praxis. Los malos resultados médicos con praxis adecuada, paradójicamente, son los que generan el mayor porcentaje de demandas por mala praxis. En algunos casos, inclusive, los profesionales terminan siendo condenados por hechos que nada tienen que ver con la atención que recibió la paciente. El principal factor de riesgo de demandas a toco ginecólogos es un mal resultado médico.

Otros factores de riesgo son: el número de partos por año; a mayor cantidad de partos, mayor cantidad de demandas. La tasa de operación cesárea; a mayor tasa, mayor cantidad de demandas. La discontinuidad en la práctica de la toco ginecología; los médicos que la abandonan y luego retoman su práctica tienen mayor cantidad de demandas. Fallas en la relación médico-paciente; una paciente que no se sienta contenida por los profesionales tratantes atribuirá cualquier mal resultado a la desidia de los mismos.

Fallas en la documentación; un análisis de 500 reclamos ginecológicos y obstétricos llevó a la conclusión de que 27% de los reclamos obstétricos y 22% de los reclamos ginecológicos eran indefendibles por quiebra de las normas de atención, por fallas en la documentación, o por ambas.

La técnica adecuada de control del riesgo es implementar acciones de prevención primaria; mantener buena comunicación entre médico y paciente, analizar y evaluar la historia clínica, capacitando constantemente a los médicos en cursos de actualización.

Es esencial acompañar a la paciente y a su familia. La negación de la falta es el más infantil de los “mecanismos de defensa del yo”. Jamás debemos “huir” de un mal resultado, sino “estar presentes” explicando a la paciente y/o a su familia: la atención que hemos brindado, las causas por las cuales, pese a dicha atención, se produjo el mal resultado, las acciones útiles para evitar que el daño se reitere en el futuro. La tarea de “estar presentes” a veces resulta muy dura. En algunos casos, quienes sufren un mal resultado “necesitan un responsable” para descargar culpas. Es importante mantener una actitud calma y respetuosa, comprendiendo el dolor e incluso la irracionalidad de quienes se encuentran dolidos. Respondiendo preguntas, e incluso acusaciones, no debemos dejar de explicar en todo momento lo sucedido con la mayor simpleza y claridad posible. El transcurrir del tiempo suele ayudar cuando se realizó la práctica médica correcta y se estuvo presente junto a la paciente y su familia.

La historia clínica es un elemento esencial de prevención primaria. Debemos poner especial cuidado en la redacción de la historia clínica y reflexionar frente a la misma. De la historia clínica deberá surgir claramente: cuál fue el daño (describirlo en forma inequívoca evitará que en un futuro se lo pondere más allá de su real magnitud), la atención brindada a la paciente (permite inferir si se cumplió con las normas y que se brindó adecuadamente, o, por el contrario, muestra los errores cometidos), si pese a una correcta atención se produjo el daño (no existe mala praxis), o si existieron faltas que determinaron el daño (prueba la mala praxis).

Un artículo recientemente publicado por Weil refiere que, en Israel la obligación de los médicos de llevar registros ordenados, completos, y exactos fue establecida en la “Ley de los Derechos de los Pacientes” en 1996. Inicialmente, la Corte de Justicia de Israel consideraba que la falencia en los registros era un elemento de presunción que podía aumentar la carga de la prueba en contra del médico, pero que no sustituía la necesidad de aportarla.

Actualmente, se estima que, la falla en lo que debía registrarse en una historia clínica constituye un obstáculo para el demandante en su intento de probar la mala praxis. Esta falla es considerada por sí misma como un daño adicional que debe ser resarcido, además del resarcimiento que corresponda por la mala praxis.

La historia clínica debe ser: ordenada, completa, coherente, sistemática, y redactada con buena letra.

Derechos del Médico

Señalemos el derecho a la objeción de conciencia. Un médico residente o una enfermera no pueden ser obligados a realizar o asistir a otros en situaciones que vayan en contra de sus convicciones (abortos provocados, fertilización in vitro, clonación con fines terapéuticos, eutanasia, investigaciones sin consentimiento de los pacientes, etc).

El médico tiene derecho a un contrato de trabajo formal especificando claramente sus obligaciones.

Bibliografía:

1. Keklikian, R.; Farizano, M.; Boada, N.; Ausencia de consentimiento informado y mala praxis como causa de juicios a médicos. CNC Sala D de 1984 a 1989 (Internet)
2. Weil, D. Cuando se configura una Mala Praxis. Law 1998; 17:13-24 (Internet)

Comité de bioética hospitalaria

Dr. Enrique de Mestral

Las cuestiones personales deliberamos a solas. Cuando son muy difíciles, pedimos opinión a personas de buen juicio. Cuando las decisiones afectan la vida o la muerte de otras personas, necesitamos el punto de vista del paciente y una deliberación plural y multidisciplinaria para evaluar varios puntos de vista.

Estos comités surgieron como intento de solucionar una crisis de nuestras culturas, pulen las diferencias morales de nuestras sociedades pluralistas.

Los conflictos éticos en los equipos de cuidados pueden surgir como resultado de la concepción diferente de los valores morales entre los individuos o entre grupos de individuos. El mundo pluricultural en el que vivimos es la fuente de conflictos éticos; los valores fundamentales, como: el respeto a la vida, la autonomía, varían considerablemente según las culturas, las convicciones religiosas o espirituales.

Un valor ético fundamental es el respeto a la dignidad de la persona, de su integridad física y psíquica, respeto de sus derechos y del ejercicio de su autonomía.

Cada equipo de cuidados, ya sea en la comunidad o en las instituciones, debería tener un mínimo de competencias para manejar los problemas de ética clínica en las situaciones más frecuentes.

Reconocer el aspecto multidimensional de los conflictos éticos permite situar mejor sus diferentes componentes: las leyes y reglamentos, la deontología profesional, las recomendaciones, las declaraciones, los aspectos técnicos de las profesiones sanitarias así como los valores culturales y espirituales en sus diferentes dimensiones. La deontología no da más que un cuadro general dentro de una profesión, pero no da claramente el modo de actuar en una situación particular.

A veces es muy útil la representación gráfica de las interacciones familiares (el socio genograma) para ver el modo de actuar de cada miembro.

Los Comités de Bioética Hospitalaria son grupos interdisciplinarios que se ocupan de las consultas, estudio, consejo, y docencia frente a los dilemas éticos que surgen en la práctica de la atención médica hospitalaria. Estos grupos surgen como una necesaria respuesta a los enormes cambios en conceptos de la atención en salud, la introducción creciente de nueva y costosa tecnología, la complejidad de las decisiones clínicas y terapéuticas, la mayor participación de los pacientes, y la búsqueda de formas de aplicar principios éticos en estas situaciones. Se constituyen así en instancias de reflexión que buscan apoyar y orientar metódicamente, tanto a profesionales como a pacientes, en sus propias perspectivas en todo lo referente a la vida.

Funciones: a) consultiva, b) normativa y c) educativa en el seno de la vida hospitalaria. Tiene una función de auto educación, educación institucional, desarrollo de una moralidad y política institucional, que guíe su conducta, ejemplos: confidencialidad, futilidad terapéutica, reproducción asistida (que las instituciones religiosas tiene bien definida), criterios éticos para admisión en UTI, protección de pacientes y sujetos de los abusos, puede mediar entre los asuntos médico/pacientes y la justicia, tienen, en fin, una función de control de cumplimiento de las reglas morales del grupo pluralista, y en las relaciones médico-paciente hacen respetar la pluralidad moral y cultural.

Las deliberaciones se deben centrar en la discusión en los problemas presentes y futuros. Los pasados debemos identificarlos, pero no deliberar sobre ellos.

Sus miembros permanentes suelen ser entre seis y diez: médicos, enfermeras, expertos en salud mental, expertos en ética médica o bioética, trabajadores sociales, abogados, ministros religiosos, administrativos, representantes de la comunidad, otras personas entendidas en algún campo.

Normalmente se necesitaría un local para las reuniones, con posibilidad de tener una biblioteca para consultas y una secretaria. Estas exigencias materiales mínimas suelen ser muy difíciles de conseguir de las autoridades de la institución debido a la escasa comprensión de la utilidad del Comité.

Frente a cualquier dilema que nos presentan debemos plantearnos: ¿Qué nos preguntan? ¿Por qué nos lo preguntan? ¿Para qué nos lo preguntan? ¿Es competencia del Comité?

Método de Análisis del dilema Ético-Clínico

- 1. Conocimiento del caso en sus aspectos clínicos y del entorno familiar y social (escuchar a todos los interesados (médicos, enfermeras, paciente, familiares))**
- 2. Detectar los principios éticos involucrados en el caso.**
- 3. Identificación de la información éticamente relevante (consentimiento informado, manejo del dolor, comunicación de la verdad)**

4. Evaluación de las alternativas de acción

5. Argumentación de la opción seleccionada

6. Implementación práctica de la solución

Procedimientos de decisión

La prescripción médica o la suspensión de una terapéutica siempre será responsabilidad del médico, aunque hoy debe contar con el consentimiento libre e informado del paciente. Últimamente, en cuidados paliativos al menos, las enfermeras están tomando un protagonismo también en las decisiones. El lugar de los parientes se puede considerar con una “geometría variable”, es decir que para ciertas cosas estarán en situación de dar una opinión y no en otras (muy técnicas, por ejemplo). A veces, el personal de salud debe defender también al paciente frente a los deseos o pedidos de la familia.

Los problemas morales pueden tener muchas soluciones, y varias de ellas pueden ser correctas a la vez. Es a menudo, entre los matices, los grises, los intermedios, que debemos escoger la mejor solución (o la menos mala), la solución que respeta de mejor forma los principios morales y el mayor número de valores. Ponderar las circunstancias y consecuencias.

“La deliberación tiene por objetivo permitir una decisión responsable y justa. Tomar una decisión es elegir entre dos o más posibilidades luego de haber razonado. Toda decisión debe poder justificarse en las razones que la han motivado, los valores que la inspiran y los resultados que se esperan”. En las decisiones morales lo más importante no es el resultado, la decisión, sino las razones que demos, el proceso por el que hemos llegado a esa decisión.

Las opiniones de un Comité de Bioética no son vinculantes, es decir que el equipo médico que requirió de su asistencia no está obligado a seguir sus consejos. Se pueden tomar como consejos de un grupo de personas entrenadas en analizar los conflictos de la práctica clínica. Es el médico o el equipo tratante el que debe tomar una decisión una vez escuchada la opinión del Comité.

Bibliografía

1. Hurst, S. Familles, proches: quelle est leur place dans les décisions concernant les patients? Unité de Recherche et d'Enseignement en bioéthique, Université de Genève, 2005.
2. Fuchs, E., “Comment faire pour bien faire?”. Le champ éthique, Genève, Labor et Fides, 1996, 370-371.
3. Taboada, P. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Valores y virtudes del médico

Dra. Imelda Martínez - Núñez

Tres temas sobre los cuales reflexionar: El médico, los valores, las virtudes.

1. El Médico

El médico es el sujeto de los valores y de las virtudes. Es el cultor de la ciencia y del arte de la Medicina. Es el **profesional** de la ciencia de la

Medicina. Es un profesional. Es decir: realiza una tarea, un oficio, un trabajo, que consiste en preservar la vida, devolver, mantener y acrecentar la salud de las personas, y esta tarea tiene una proyección social.

El médico ejerce el acto médico, que es su actuar con la intención de proporcionar beneficio al paciente. En esa acción se encierra toda la teoría y la práctica del ejercicio médico. Si el acto tiene la intención contraria al bien, es decir, hacer daño al paciente, deja de ser médico para pasar a ser antimédico y por tanto éticamente malo.

El acto médico debe reunir algunas condiciones para ser correcto.

a. El acto médico debe ser realizado de una manera consciente, voluntaria y libre. El médico debe saber porqué lo realiza, y debe realizarlo sin que exista coacción, ni presión. Recordemos que los médicos que eran obligados a esterilizar a los pacientes en la época de Hitler, no realizaban un acto éticamente correcto, porque eran presionados para ello.

b. El acto médico debe tener la intención de procurar el bien del paciente. Desde los tiempos de Hipócrates la fundamentación moral del trabajo médico, reside en los principios de no maleficencia y beneficencia. Si el médico actúa conscientemente para hacer daño al paciente, esa acción es contraria a la Ética médica, el médico debe intentar siempre con su acción volver al paciente a su condición normal, y reintegrar la unidad de la totalidad quebrantada.

El acto médico debe practicarse de manera prudente, perita. Existen profesionales que realizan actos médicos sin estar suficientemente preparados para ello; son actos incorrectos, imprudentes y en ocasiones realizados con impericia, es decir, hacen lo que no saben. Uno de los valores fundamentales de todo personal de salud es ser perito en los asuntos de su oficio. De todo esto deriva la gran responsabilidad de los docentes que tienen a su cargo, formar al médico y a los otros agentes de salud.

d. El acto médico debe cumplirse de manera humanitaria. Se ha reclamado que el médico para ser buen médico, debe tener tanto de científico como de humanista. Esto de humanista no hace tanto a la necesidad de tener una amplia cultura general – que sería también muy loable -, sino al entendimiento, a la comprensión que se tenga del “otro”, de nuestro congénere, de nuestro prójimo.

La medicina es una ciencia que se ocupa del hombre, particularmente del hombre enfermo. Entonces la Ética Médica, es una Ética humanista, pues califica moralmente la forma cómo actúa el profesional médico para tutelar los dos mejores intereses de todo ser humano: su vida y su salud.

Al hablar del acto médico, ya hemos estado incursionando en el campo de los valores y de las virtudes.

2. Los Valores

Valor es la propiedad o cualidad que poseen los llamados “bienes”. Los bienes son las cosas o las personas, más los valores a ellas incorporadas. Son cosas o personas valiosas. Los valores (propiedades o cualidades), no tienen corporalidad pero son valiosos, estimables, en sentido espiritual, abstracto.

El valor no es una cosa, no es una persona, sino que está en la cosa (clima agradable), en la persona (persona solidaria), en la sociedad (sociedad respetuosa), en un sistema económico (sistema económico justo).

Los valores aquí ejemplificados son agradabilidad, solidaridad, respeto, justicia. Como se ve son realidades abstractas.

Los valores son entonces, cualidades que enriquecen, acrecientan, promocionan a la persona humana, y en nuestro caso, al médico. Sirven de fundamento a las reglas (PRINCIPIOS MORALES), con las cuales el individuo gobierna sus propias acciones. Los principios morales son como guías abstractas de acción.

Los valores pueden ser:

- Naturales (agua potable). La potabilidad es un valor incorporado al bien agua.
- Técnicos (buen estetoscopio). Todos sabemos el valor de un buen estetoscopio.
- Morales: justicia, solidaridad, honestidad, tolerancia, disponibilidad al diálogo, respeto humanitario, compasión.

En la noción que se tenga de los valores, está la llave que nos permite acceder a los fenómenos de la vida moral (L Rodríguez).

En tanto no se aprehendan los valores y los principios no será posible adelantar una correcta reflexión ética.

Aquí podríamos citar entre otros, más valores morales específicos, que útiles serían estuvieran incorporados siempre a las personas de los médicos: paciencia, veracidad, fidelidad, benevolencia, gratitud, empatía, confiabilidad, humildad, valentía, prudencia, integridad, autocontrol, perseverancia, amor al prójimo y amor a Dios, que es el valor moral por excelencia.

3. Las Virtudes

Las virtudes son hábitos que capacitan, facilitan o adiestran a las personas para una determinada actividad. Así por ejemplo se dice de nuestro artista Felipe Sosa, que es un virtuoso de la guitarra, lo que significa que tiene el hábito, la capacidad, la destreza de ejecutar la guitarra y con excelencia. Pero para llegar a esto, a la excelencia tuvo que haberse ejercitado mucho. Esto último nos indica que para tener virtud no basta realizar o incorporar un valor una sola vez.

No basta, por ejemplo ser humilde una sola vez, para tener la virtud de la humildad, sino que siempre hay que ser humilde. Al principio puede costar, pero luego cuando es hábito, se hará fácil ser humilde. Esto vale para todos los valores que en el médico deberían convertirse en virtudes.

La virtud tiene que ver con el hábito. Este puede ser bueno y entonces es virtud, pero también puede ser malo y es lo contrario de la virtud, el vicio. Y a propósito de las virtudes quiero señalar los preceptos fundamentales del actuar médico. Tiene que ver con las virtudes.

A• Respeto y consideración hacia el enfermo

La desgracia más grande que puede ocurrirle al hombre es haber perdido su salud. Se trata en efecto de un percance desdichado. Cuando tal cosa ocurre, el sujeto quiéralo o no, es presa de angustia, de desazón, dado que la enfermedad no solo compromete su parte orgánica sino también-que es a veces lo más grave-, su psiquismo, su estado de ánimo, su espíritu. El enfermo se desintegra. Por eso a la persona enferma no se le debe considerar solo por el dolor físico que le pueda provocar su enfermedad, sino en especial, por el dolor espiritual que también lo asiste, sentimiento que al decir de Aristóteles, “desquicia y estraga la naturaleza del que lo sufre”.

La consideración y el respeto a que se hace acreedor el sujeto enfermo deben estar sustentados en humanitarismo, en filantropía, en amistad que es compasión de su desgracia. Esa solidaridad con el otro involucra virtudes como son la caridad y la piedad. Ambas son sentimientos nacidos de la conciencia libre, autónoma, y por lo mismo son fundamentalmente éticos.

El amor al otro, la filantropía, es virtud que debe adornar al médico. Los médicos hipocráticos decían que si hay amor a la humanidad hay amor al arte.

Si la enfermedad es algo que llena de pesadumbre a quien la padece, el médico no solamente tiene el deber técnico de procurar vencerla, sino también el deber humanitario, ético, de compartir la aflicción que ella ocasiona.. Ciertamente, la filantropía, la amistad que consuela, deben estar presente siempre en el acto médico. Como afirma Gracia Guillén, en su libro Fundamentos de Bioética, la relación humana, que el médico y todo el personal sanitario en general, ha de establecer con su paciente, no debe basarse en el servicio, sino en la amistad.

En la adecuada relación médico-paciente debe existir un mútuo respeto por las ideas, creencias y valores de los dos actores. Debe haber acuerdo como elemento indispensable fundamentado en la autonomía de los dos, médico y paciente.

B• Responsabilidad e idoneidad profesionales.

Ha dicho Lain Entralgo “ La responsabilidad tiene un centro de imputación allende la conducta y la psicología, en el secreto “hondón del alma” don-de echan sus raíces la libertad y la intención. En efecto, ser responsable conduce a actuar éticamente, pues se trata de un sentimiento salido de lo más íntimo – del ethos – de manera libre e intencionada”.

Ser responsable es poner sumo cuidado, atención a lo que se hace o decide.

Siendo el manejo de la salud y la vida de una persona un asunto muy delicado y trascendente, quien tiene ese encargo por profesión está obligado moralmente a actuar con responsabilidad. Para ello debe poner sus cinco sentidos, aguzados todos, y una inteligencia pronta a darles el valor correcto a las sensaciones recogidas. Escuchar, observar, palpar, oler, comunicar, solicitar consentimiento y proceder a prescribir o a intervenir, constituyen los pasos necesarios para llevar a cabo una idónea relación médico paciente.

La responsabilidad apareja idoneidad confiable, entendiendo idoneidad una buena disposición o suficiencia, vale decir, capacidad, aptitud. Recordemos que en su invocación, Maimónides, reclamaba para sí, como médico, afán por la sabiduría en beneficio del paciente. Pero como la sabiduría no se obtiene por gracia divina, sino a través del estudio y la disciplina, el médico tiene la obligación moral de ser idóneo en las cuestiones propias de su profesión. Fuera de lo aprendido en la Facultad de Ciencias médicas será menester la actualización como norma ética. El médico des-actualizado no es prenda de garantía para su paciente, pudiendo por eso, llegar a constituirse en instrumento capaz de hacer daño de buena fe.

Aquí, señalaremos con mayor detenimiento algunas de las virtudes básicas del profesional al decir de Elena Lugo, y reproducimos casi textualmente lo que dice en su libro *Relación médico paciente*.

a. La humildad o sencillez significa tomar conciencia de las capacidades

y limitaciones propias. La humildad es la verdad. Es tener libertad interior frente a pretensiones y arrogancias y, finalmente, respetar las diferencias específicas en las relaciones interpersonales.

b. La integridad incluye lealtad a los principios y valores morales de la propia conciencia. Integridad supone coherencia con los principios y los valores, significa practicar nosotros primero lo que pregonamos, para lo cual se necesita cultivar deliberadamente la armonía entre lo que se piensa, se siente y se decide. La integridad es en otras palabras, rectitud y esmero en mantener la unidad interior que ha de reflejarse en la conducta exterior.

c. La veracidad apunta a la búsqueda de la verdad, al compromiso con la exactitud y con el rigor, y finalmente la comunicación precisa de la verdad a quien tiene derecho a conocerla.

d. El autocontrol representa el orden interior o equilibrio entre razón que ilustra, voluntad que afirma y sentimientos que motivan, pero que están también dispuestos a seguir el criterio de la razón y de la voluntad, según lo exige la integridad del ser persona. Ello requiere incluso renunciar a lo bueno para sí lograr lo mejor.

e. La confiabilidad es la virtud que ayuda a hacerse digno de confianza; es la que facilita que otros puedan dirigirse a uno para hacer sus confidencias, cumplir promesas y responsabilidades. Confiabilidad, en general, supone ser capaz de ejercer sus funciones sin necesidad de supervisión o control por parte de otros.

f. La fidelidad motiva al profesional a ser consecuente con los compromisos aceptados, a ser capaz de aceptar sacrificios y riesgos para lograr una meta noble y justa en la entrega a los ideales y a las personas dignas de ellos.

g. La empatía es la habilidad para captar la experiencia interior del otro e imaginar la situación ajena, para así entender mejor al otro, Empatía es la cualidad de cuidar, interesarse y ocuparse de otro con atención personal.

h. La benevolencia genera gentileza y amabilidad de la voluntad y del corazón para desear y hacer el bien a otros. Se trata de la disposición a la caridad y la bondad como actitudes primarias.

i. La valentía es la disposición a aceptar las dificultades, y asumir el sacrificio y esfuerzo personales superando el miedo.

j. La perseverancia indica la constancia hasta el fin para lograr una meta y el ánimo para mantenerse firme en el sostenimiento de la verdad y del bien, incluso ante dificultades y frustraciones como por ejemplo la incomprensión y los desafíos. Perseverar supone mantenerse en la búsqueda de soluciones aún en la incertidumbre y la pérdida de energía vital durante un periodo de tiempo considerable.

Bibliografía:

1. Lugo Elena. Relación Médico/paciente. Encuentro interpersonal. Ética y Espiritualidad. Edigraf SA. Argentina. 2003.
 2. Sanchez Torres F. Catecismo de Ética Médica. Herder 2000.
 3. Ruiz-Calderón. Nuevas cuestiones de Bioética. Eunsa. España 2002.
- Artículo de Albert Balaguer Santamaría. La relación clínica. O-DBIOABS. De ULIA 2005.

El paciente: sujeto de derechos

Dra. Imelda Martínez de Núñez

Introducción

Esta exposición sobre “**Los derechos del paciente**” tiene como premisa la dignidad del sujeto paciente. “Que la plena dignidad de la persona humana es un atributo de la especie humana y su reconocimiento un derecho fundamental de cada persona y de toda la humanidad, que debe ser respetado y protegido”¹.

El paciente es el sujeto de nuestro tema. Es la razón de ser del acto médico, y por tanto, del médico. Es también el sujeto de toda la medicina y de las materias afines relacionadas al hombre. El paciente es un hombre, es una persona, “sustancia individual de naturaleza racional” como la definiría Boecio(480-524)². Y es persona desde su concepción³ hasta su muerte natural. Es un hombre, sí, pero que está en una determinada situación. Y en esa situación el hombre puede tener “bien-estar” o “mal-estar” El ser, es una cosa y el estar en una situación es otra, diferente. El **hombre enfermo** está en una situación de dolor, de penuria, de desintegración de su personalidad, de aflicción, de quebranto físico y psíquico. Y el médico debe situarse ante el paciente. Su primera obligación es, ponerse en la situación del paciente para mantener o devolverle, si lo ha perdido, su “bien-estar”.

Es muy importante subrayar esta **situación** del hombre paciente, el hombre enfermo, porque va a influir fuertemente sobre los derechos particulares de los mismos. Recordemos que hay derechos universales y derechos particulares.

Todo lo que pueda decirse sobre el valor inconmensurable del hombre, de la persona humana, y todo lo que pueda afirmarse sobre su dignidad connatural y sobre sus **derechos inalienables**, es aplicable al nasciturus, es decir, es aplicable al que va a nacer, sea cigoto, embrión o feto. Porque hablar de la persona que aún no ha nacido, es hablar del hombre. El no nacido pertenece a la especie humana⁴.

Qué decimos en concreto de ese sujeto paciente. Que tiene **DERECHOS**.

Conceptualización

Etimológicamente, la palabra “**derecho**” deriva de la voz latina “directus”⁵, que significa lo derecho, lo recto, lo rígido. La palabra derecho puede tomarse en tres acepciones distintas. En primer lugar designa el conjunto de reglas y normas que rigen la actividad humana en la sociedad, cuya inobservancia está sancionada: **Derecho objetivo**. En segundo lugar, designa esta palabra las facultades pertenecientes al individuo, un poder del individuo: **Derecho subjetivo**. En tercer lugar, el derecho como equivalente a justicia, como portador del valor **justicia**.

Cuando hablamos de derechos del paciente las tres acepciones son enteramente aplicables.

Primeramente, en los códigos civiles, en los códigos penales y en los de Ética Médica están normados estos derechos y las penas a las que se han de someter los que los violaren. En segundo lugar, el paciente como persona humana tiene ese poder de exigencia, como derecho subjetivo, el derecho a la salud. Y por último es de justicia dar al paciente lo que le corresponde. Es su “derecho”. Derecho como “cosa justa”. El derecho del paciente es la “cosa justa” para él. Por ejemplo. Esta pastilla la va a tomar una vez, o dos veces al día. Se busca “lo justo”. Se ajusta la medicina al paciente. No es el médico el que se va a medicar, es el paciente. Y la medicina se ajusta al paciente. “A éste señor le voy a reducir la dosis de Imatinib, y a este otro le voy a aumentar”, digo yo, por ejemplo, cuando trato a mis pacientes que tienen Leucemia Mieloide Crónica; es decir, la dosis depende de cada paciente. La medida de la medicina es la situación del enfermo. El paciente es una regla en cierta medida. El derecho del paciente es la “cosa justa”, decíamos más arriba.

En qué se basan estos DERECHOS DEL PACIENTE? En el **Derecho Natural**, que es el ordenamiento jurídico que nace y se funda en la naturaleza humana, no debiendo su origen por tanto, a la voluntad normativa de ninguna autoridad, como ocurre con el derecho positivo. Es un conjunto de preceptos que se imponen al derecho positivo y que este debe respetar. El **derecho positivo** está establecido y sancionado para cada tiempo y cada comunidad social, por la voluntad del legislador, que representa la voluntad social; por lo tanto se trata de un derecho variable, contingente, mientras que el derecho natural es un orden jurídico objetivo, no procedente de legislador alguno, que se impone a los hombres por su propia naturaleza; es objetivo e inmutable y conocido por la razón (Diccionario). El derecho natural está en la misma naturaleza del hombre. Y la naturaleza evoluciona, pasa de edad en edad. No es lo mismo la naturaleza de un niño que la de un adulto. El médico debe adecuarse a cada situación del paciente.

Todos los hombres tenemos derechos naturales diferentes. El niño recién nacido llora porque tiene hambre. Es su derecho natural que se le alimente. El viejecito siente dolor, y es su derecho natural que se le calme, que se le alivie y si es posible, que se lo cure. Estos derechos naturales como se ven, son diferentes para cada persona. No están supeditados a votaciones de mayorías en los parlamentos, ni dependen de ningún poder político, religioso, o económico. Dentro de los derechos naturales e innatos del hombre y que deben ser protegidos por el Estado, están por ejemplo el derecho a la vida y a la integridad física. Y muy en relación a ella el derecho a la salud, a la libertad de pensamiento y de expresión; derecho a una veraz información, derecho al trabajo, a la seguridad social, etc.

Todos estos derechos naturales están plasmados en una serie de normas, de declaraciones, de leyes etc. Por todos conocida es la Carta de Declaración Universal de Derechos humanos proclamada en el año 1948, a partir de la cual, han emanado otras cartas de declaraciones universales.

Derechos del paciente

En este punto hemos adoptado los enunciados como principios básicos, de los principales derechos del paciente de LA DECLARACIÓN DE LISBOA6 (de la ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL DE 1981, que fue enmendada por la 47ª Asamblea General llevada a cabo en Bali, Indonesia, en septiembre de 1995). Ésta ha servido como el marco teórico para la enunciación de los derechos del paciente aparecida en cartillas en los diferentes hospitales u otros centros sanitarios.

Cabe hacer notar que en esta Declaración de Lisboa, no están explícitamente enunciados los derechos del embrión como paciente, que sería un capítulo muy interesante de reflexión.

En la introducción el documento afirma que “los médicos o las demás personas y grupos implicados en los cuidados sanitarios tienen la responsabilidad conjunta de reconocer y defender estos derechos. En el caso que la legislación y la política del gobierno o de cualquier otra administración o institución, negara estos derechos a los pacientes, los médicos deberían ver la forma más adecuada para implantarlos o restablecerlos”.

Sin embargo, con alguna normativa de esta Declaración nos permitimos disentir explicando el por qué.

He aquí la transcripción de la N° 5: **El paciente legalmente incapacitado**

- a) Incluso si el paciente es menor de edad o está legalmente incapacitado, se necesita el consentimiento de un representante legal, cuando sea legalmente pertinente; sin embargo, el paciente debe participar en las decisiones al máximo que lo permita su capacidad.
- b) Si el paciente incapacitado legalmente puede tomar decisiones racionales, éstas deben ser respetadas y él tiene derecho a prohibir la entrega de información a su representante legal.

c) Si el representante legal del paciente o una persona autorizada por el paciente prohíbe el tratamiento que, según el médico, es el mejor para el paciente, el médico debe apelar esta decisión en la institución legal pertinente u otra. En caso de emergencia, el médico decidirá lo que sea mejor para el paciente.

Es el inciso b que requiere el siguiente comentario. Disiento en este punto, por lo que puede ocurrir en determinadas situaciones. Por ejemplo, una niña de 15 años que se embaraza. Llega a un centro sanitario y pide al médico le practique el aborto. Además, prohíbe se informe a sus padres o tutores. Según esta directriz, ella debe ser respetada, en sus deseos, en su decisión "racional", conforme a algunos modelos éticos o corrientes de carácter pragmático-utilitarista, o conforme a un modelo ético liberal-radical. Recordemos que para éste, la referencia última y suprema del juicio ético es la libertad: es lícito lo que es libremente querido, libremente aceptado y no daña la libertad de los demás⁷.

No se puede seguir esta normativa dada por la asociación médica mundial sin atentar contra otros derechos, como el de la patria potestad, por una parte. Por otra, y es aún más importante, nadie puede atentar contra la vida de un ser humano. Y precisamente, porque es el más frágil y vulnerable de los seres humanos, el cigoto, embrión o feto, requiere de la tutela del estado y de la sociedad toda. La formulación del punto b, a mi juicio, se presta a interpretaciones que son contrarias a la ética médica. En el caso señalado va contra uno de los principios bioéticos fundamentales que es el respeto profundo a la vida humana. Este es el derecho humano básico, fundamental, sin el cual no existen los otros derechos.

Ofrecemos una **lista de derechos de los pacientes** sin ser exhaustiva. El paciente tiene derecho a una atención médica adecuada y oportuna, a una información precisa y veraz sobre su diagnóstico, a otorgar su consentimiento por escrito con fines de diagnósticos o terapéuticos, a una segunda opinión sobre el diagnóstico, a una atención médica de urgencia, a revisar el expediente clínico completo y obtener un resumen médico por escrito si o necesitare, a los servicios de la medicina preventiva, a presentar su queja o inconformidad en caso de existir alguna irregularidad en la atención recibida, a solicitar y obtener la información completa y oportuna respecto a los trámites que deba realizar, a recibir del personal de la institución un trato digno, oportuno, suficiente y eficiente, a la confidencialidad de la información que proporcione a su médico pronóstico y tratamiento, puede aceptar o rechazar el tratamiento o procedimiento terapéutico que se le ofrezca.

Otros derechos: traslado a otro centro asistencial, a elegir a su médico tratante, conocer detalles de su cuenta económica, los reglamentos del hospital, a un lugar de recreación dentro del hospital, a asociarse para defender sus derechos, a acceder al Comité de Bioética, a la asistencia religiosa dentro de la institución. Tiene incluso derecho a negarse a participar de la docencia con los alumnos, aunque esto último se puede obviar creando un clima adecuado y explicando que con su participación voluntaria, el paciente está colaborando con la formación de nuevos profesionales que se darán luego a la comunidad.

Conclusiones

La hipótesis subyacente en todo lo anteriormente expuesto supone que la exigencia de calidad en la atención médica constituye un derecho del paciente. Y como consecuencia, la excelencia en la calidad de la prestación sanitaria, requiere que todos, los médicos, el personal de salud, así como los mismos beneficiarios, conozcan claramente sus prerrogativas, es decir sus derechos y que a los últimos – a los pacientes -, les sea factible demandar, y exigir su cumplimiento.

Para el médico y los agentes sanitarios, la eficiencia y la eficacia del acto médico deben cobrar la mayor importancia como manifestación de la calidad de la atención en los servicios de salud. Y en nosotros, los profesionales de la salud, debe ir profundizándose la conciencia de que, la calidad, o como decíamos, la excelencia en la calidad de las acciones sanitarias debe buscarse no como una dádiva del prestador sino como uno de los más genuinos y básicos derechos del paciente.

A los pacientes les interesa que se les preste atención oportuna, rápida, eficiente y suficiente; todo ello en una atmósfera de humanidad en el trato, comprensión y ternura en el gesto, cordialidad y deferencia, indicadora de la consideración que se les da a su persona. A menudo, es el tipo de trato que percibe el paciente lo que más le impacta como manifestación de la calidad de atención del médico y del personal de salud. Y es evidente que esa relación positiva contribuye a la eficacia de los tratamientos.

Respetando los derechos del paciente y buscando excelencia en la calidad de nuestro servicio, estaremos todos colaborando para humanizar cada día más la medicina. Humanizar la salud es en síntesis el problema bioético fundamental.

Bibliografía

1. Declaración de Caracas sobre Bioética, del 9 de febrero de 2002.
2. Rodríguez Varela A. La persona antes de nacer. EDUCA, Buenos Aires 1997, p 33.
3. Constitución de la República del Paraguay, 1992, artículo 4.
4. Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires, Declaración del 23 de noviembre de 1995.
5. Gran Enciclopedia RIALP, tomo VII, p 409.
6. Declaración de Lisboa de la asociación médica mundial sobre los derechos del paciente. Disponible en: MACROBUTTON HtmlResAnchor <http://www.unav.es>.
7. León FJ. Dignidad Humana. Libertad y Bioética. Artículo correspondiente al Curso de Diploma en Bioética de la Universidad Libre Internacional de las Américas, año 2005.

Actualidad del Juramento hipocrático

Dra. Julia Rivarola

Es el primer código de ética del mundo occidental. Los siguientes códigos se basaron en este para enunciar los principios éticos. Constatamos que es de gran actualidad.

Transcribiremos este juramento y luego haremos comentarios

Juramento Hipocrático (460 a 375 A.C.)

“Juro por Apolo médico, por Panacea y por todos los dioses y diosas, tomándolos por testigos, que cumpliré, en la medida de mis posibilidades y mi criterio, el juramento y compromiso siguiente”:

“Considerar a mi maestro en medicina como si fuera mi padre; si llega el caso, ayudarle en sus necesidades; tener a sus hijos por hermanos míos y enseñarles este Arte, si quieren aprenderlo, sin gratificación ni compromiso; hacer a mis hijos partícipes de los preceptos, enseñanzas y demás doctrinas, así como a los de mi maestro, y a los discípulos comprometidos y que han prestado juramento según ley médica, pero a nadie más.

Prescribiré a los enfermos la dieta con los ojos puestos en la recuperación de los pacientes, en la medida de mis fuerzas y de mi juicio, y les evitaré de toda cosa injusta y dañosa.

Jamás movido de la presurosa insistencia de alguien, administraré a nadie un fármaco mortal, aunque me lo pida, ni tomaré la iniciativa de una sugerencia de este tipo. Asimismo, no recetaré a una mujer un pesario abortivo; sino, por el contrario viviré y practicaré mi arte de forma casta y pura. No operaré ni siquiera a los pacientes enfermos de cálculos, sino que los dejaré en manos de quienes se ocupan de estas prácticas.

Al visitar una casa, entraré en ella para bien de los enfermos, manteniéndome al margen de daños voluntarios y de actos perversos, en especial de todo intento de seducir a mujeres o muchachos, ya sean libres o esclavos. Todo aquello que durante el tratamiento o fuera de esa habré visto u oído sobre la vida de las personas, que no debe ser divulgado, callaré como cosa sagrada. Que yo pueda, si cumplo este juramento sin faltar a él, vivir feliz y largamente en la estima plena de todos y recoger copiosos frutos de mi arte; pero si lo violo y juro en falso, que me ocurra todo lo contrario.”

El segundo párrafo habla de la colaboración y respeto a los colegas, siendo generoso en transmitir conocimientos y actitudes profesionales. El tercer párrafo habla del principio de beneficencia y no maleficencia.

El cuarto párrafo habla del valor fundamental de la defensa de la vida, ya sea al final como el inicio de la vida (En este tiempo no se tenía conocimiento de embriología ni de ginecología)

El sexto párrafo habla del respeto de la dignidad de la persona rechazando el abuso sexual a pacientes, a los parientes de pacientes u otros profesionales de la salud; que a veces sucede en las guardias médicas

El séptimo párrafo habla del secreto profesional; terminando el último con la moraleja que si practicamos la ética en nuestra profesión, tendremos la estima plena de todos. Conociendo a varios agentes de la salud de gran trayectoria profesional y ética, vemos que es verídica esta conclusión.

Bibliografía

1. Autores Varios. Dolentium Hominum. De Hipócrates del buen Samaritano N° 31 Año XI 1996

Inicio de la vida

Atención Primaria de Salud y la Ética

Dr. Andrés Szwako

La Atención Primaria de Salud (APS) desde su concepción en Alma-Ata en 1978 sobresalió con ciertas características propias, entre ellas el contacto cercano y continuo con el paciente, logrando continuidad y longitudinalidad en la atención, así como que éste paciente no siempre va a concurrir a la consulta por un problema de salud, sino también concurriría para controles y promoción de salud, así como para prevención de enfermedades. (1)

El médico de familia, especialista adecuado para la APS, conoce más que cualquier otro profesional, las intimidades de su paciente y de la familia. Esto si bien ayuda y mejora la comunicación/relación médico-paciente-familia, a veces también lo complica.

Uno de los grandes desafíos en la APS es la necesidad de pensar permanentemente en los problemas éticos de los pacientes y de sus familias, por triviales que estos parezcan, y, como estos problemas éticos no son solo de vida o muerte, sino que son cotidianos, comunes y frecuentes, los médicos de familia tienen una gran oportunidad y responsabilidad al respecto.

Algunas características de la Atención Primaria con implicaciones éticas (2)

a) *Primer nivel de atención y puerta de entrada al sistema sanitario.* El médico de familia se enfrenta a diario a decisiones de derivación al hospital o a otros especialistas. El solapamiento de algunas materias con otras especialidades puede generar conflictos de competencias que al final deberán ser resueltos tomando en consideración las preferencias de los pacientes informados. Este debate debería estar presidido por una ética de servicio al paciente y no por intereses particulares de grupos profesionales.

b) *Atención centrada en la salud.* Uno de los cambios conceptuales más importantes de la medicina en las últimas décadas ha sido que el centro de gravedad se ha desplazado desde la enfermedad hacia la salud. Esto ha implicado complejas cuestiones éticas, ya que se debe manejar mucha evidencia científica para no caer en acciones innecesarias.

c) *Compromiso con la persona.* Respetar la autonomía y los valores de los pacientes, cultivando la confianza como requisito para una relación terapéutica eficaz. Ejercer este compromiso le puede llevar a actuar, en ocasiones, como abogado del paciente dentro del sistema sanitario.

d) *Función educadora*. La educación para la salud entendida como deber profesional incluiría el correcto uso de los servicios sanitarios, la automedicación y el aprendizaje de autocuidados. El conocimiento psicosocial que el médico de familia tiene de sus pacientes es importante para ejercer adecuadamente esta tarea. Todas las cuestiones éticas características de la actividad educativa pueden hallarse en la atención Primaria: riesgos de manipulación, promoción de la autonomía, problemas de discriminación, etc.

e) *Atención familiar*. La familia puede y debe ser un magnífico aliado en los cuidados de salud y el médico de familia ha de conocer su dinámica. Muchas decisiones importantes con implicaciones éticas se toman consultando a familiares próximos cuando el paciente no está capacitado para hacerlo de manera responsable.

f) *Atención comunitaria*. La intervención de los profesionales de atención primaria a través de sus organizaciones profesionales, mediante la realización de estudios e informes dirigidos a las autoridades sanitarias y otras instituciones, puede ser una buena vía de actuación, lo cual también tiene algunos riesgos que las sociedades científicas deben prevenir mediante la supervisión de los aspectos éticos.

g) *Continuidad biográfica en la atención*. Los profesionales de APS atienden a las personas desde la infancia hasta la muerte. Durante el ciclo vital se asiste a procesos agudos, enfermedades crónicas, y con frecuencia a enfermedades incurables. Esta continuidad lleva a presenciar y conocer acontecimientos vitales que pueden tener una gran influencia en la salud. Muchos pacientes confían a su médico de cabecera cuestiones que nadie más va a conocer.

Problemas Éticos en APS (3)

Los problemas éticos que se presentan en Atención Primaria son la mayoría de las veces situaciones comunes que inclusive pueden pasar desapercibidos si es que no ponemos la atención requerida. Esto nos muestra que puede existir una dificultad de parte de los profesionales para la detección de los problemas éticos y asimismo nos indica la necesidad de formación continua en temas relacionados a la ética y bioética en la atención primaria.(3)

Estos dilemas éticos muchas veces no son exclusivos de la atención primaria, sino los mismos problemas pueden verse en otros niveles de atención.

Entre algunos de los problemas podemos observar las dificultades para respetar la autonomía del paciente, ya que muchas veces el médico tiende a la relación paternalista. La falta de información adecuada a los pacientes y sus familias, el trato entre miembros del equipo, son otros problemas comunes.(3,4)

Dilemas éticos frecuentes en APS

Información al paciente

- El equipo discute sobre el estado de salud del paciente en su presencia, pero sin su participación en la conversación
- Comunicación de malas noticias

Privacidad y confidencialidad

- Los profesionales conocen datos íntimos de la vida familiar y del matrimonio, que no son necesarios para la asistencia
- Secreto profesional e información a familiares
- Secreto profesional e información compartida entre el equipo
- Secreto profesional y vecindad con los pacientes en el barrio
- Dificultades para proteger la privacidad del paciente

Relaciones interpersonales y vínculo

- Falta de respeto de los profesionales en el trato con el paciente
- Insuficiente o mal relacionamiento entre los niveles de atención (APS-hospitales)
- Los profesionales tienen prejuicios sobre los pacientes
- Dificultad para establecer los límites en la relación clínica y hasta donde interferir en el estilo de vida de los pacientes y sus familias

Autonomía del paciente

- El paciente rechaza la indicación médica
- El Consentimiento informado
- Cómo informar para conseguir la adhesión del paciente a las indicaciones médicas
- Peticiones de tratamiento por menores de edad, sin conocimiento de sus padres
- Peticiones del paciente legalmente capaz por tratamientos o exámenes que desea y que no tienen indicación médica
- Decisiones al final de la vida (eutanasia, ortotanasia, distanasia y otros)

Indicaciones médicas

- Prescripción de fármacos caros con eficacia igual a de los similares más baratos
- Prescripción de fármacos costosos para pacientes pobres
- Prescripciones erradas o inadecuadas
- Los médicos indican al paciente farmacia para elaboración de fórmulas que prescriben

Relaciones profesionales

- Sobrecarga de trabajo por exceso de demanda
- Publicación de casos clínicos sin consentimiento
- Prescripciones médicas erradas o inadecuadas
- Falta de reuniones de equipo
- Mala formación profesional

Investigación en APS

- Escasas investigaciones a nivel de atención primaria por falta de financiamiento.
- Consentimiento informado para realizar investigaciones.

Otros dilemas éticos

- Los profesionales comentan sobre un paciente con otros o por los pasillos
- Arreglos financieros con instituciones de estudios diagnósticos y/o farmacéuticas de preparaciones magistrales.
- Compartir honorarios cuando se deriva al paciente a otro colega (ana-ana)
- Alteraciones fraudulentas de la historia clínica
- Publicidad de los servicios a prestar
- Los profesionales no confían en la calidad de las pruebas diagnósticas ofertadas por la sanidad pública
- Falta de recursos para realizar las visitas domiciliarias

Adaptado de Ocampos E. Relación clínica y problemas éticos en atención primaria.(3)

Algunas cuestiones éticas que surgen en Atención Primaria

Cuestiones de actitud (tipo A). Se puede observar muchas veces que con una misma carga asistencial hay profesionales que realizan actividades preventivas y otros no, o aplican un programa, aunque sea a ritmo lento y en función de la demanda asistencial, impulsados por el convencimiento de que un buen médico también debe sentirse responsable de atender a la población sana y a las personas con factores de riesgo. Introducir la actividad preventiva de manera científica en la práctica asistencial puede cuestionarse si es una afición o una obligación. La detección de factores de riesgo cardiovascular o el consejo antitabaco no se pueden catalogar como un hobby, y así se les debe explicar a los jóvenes médicos en formación. En la práctica del médico de familia se observa situaciones donde la actitud es un requisito decisivo a la hora de definir la calidad ética y, en consecuencia, la competencia profesional.

Cuestiones de decisión y dilemas (tipo B). El médico puede plantearse dudas cuando parece que entran en conflicto dos o más principios éticos, encontrándose en la encrucijada de varios cursos de acción posibles. Siguiendo el ejemplo de las actividades preventivas, surge la duda acerca de si debe seguir dedicando tiempo al control de la obesidad de un paciente que no parece tomarse en serio las recomendaciones dietéticas que recibe, entrando en conflicto el principio de beneficencia que obliga al médico con este paciente y el de equidad que también le lleva a pensar en el beneficio que deja de obtener dedicando este tiempo a otros pacientes con mejor pronóstico.

Cuestiones operativas (tipo C). Esto sería cuando hay que poner en práctica algo que no plantea un problema de actitud ni como dilema, sino en cuanto a su ejecución. Como ejemplo se puede decir: un médico descuidado que habitualmente no escribe en los registros del programa las actividades preventivas que viene realizando, o un equipo de Atención Primaria que por problemas organizativos internos no favorece la realización de actividades preventivas en la consulta de enfermería.

En el primer caso la responsabilidad está bien definida y es individual y en el segundo parece que se incluye al equipo, lo cual no significa que dejen de existir responsabilidades individuales. (5)

Como analizar un Dilema Ético en Atención Primaria (5,6)

En realidad, el proceder debe ser el mismo que en otros niveles de atención. Debemos tener en cuenta todos los aspectos para llegar a una conclusión.

En forma muy sintética podemos resumir el procedimiento en dos etapas:

I) ETAPA DE FORMACIÓN

Se adquiere conocimientos sobre los Principios básicos y sensibilidad bioética para analizar el dilema.

II) ETAPA DE INFORMACIÓN Y ANÁLISIS

Se recogen de datos, se detecta el problema, se buscan experiencias semejantes y se estudia las circunstancias.

Posteriormente se examina los posibles cursos de la acción evaluando las consecuencias.

Finalmente se toma la decisión y se ejecuta, justificando la elección de la opción.

Comentarios finales

La atención primaria maneja los problemas mas frecuentes de salud, así como los niveles de prevención. En estos temas pueden presentarse un sinnúmero de situaciones o dilemas éticos que deberán ser manejados de la mejor manera posible.

Se presentan situaciones de diversos niveles de complejidad o dilemas, desde niveles simples hasta muy complejos, no por estar en el primer nivel de atención los problemas son sencillos. El médico debe tomar conciencia de su propia tabla de valores y la de sus pacientes para que, ante un conflicto, ético o no, pueda encontrar la mejor manera de solucionar el problema sin adoptar posturas paternalistas e incluyendo al paciente en la toma de decisión final. (7)

Actuar respetando la autonomía, haciendo el bien, evitando el daño y buscando justicia sería lo ideal en todo lo referente a la Atención Primaria de Salud, como en cualquier otro nivel de atención.

Bibliografía

- 1-Rubinstein A, Terrasas S. Medicina Familiar y Practica Ambulatoria.2da Ed. Buenos Aires:Panamericana;2006
- 2- Altisent R. La ética clínica en el contexto de la atención primaria. [Base de datos]Zaragoza. Curso On line de Ética Clínica en Atención Primaria.[fecha de acceso 02 de agosto de 2014]URL disponible en: <http://www.institutodebioetica.org/cursoetica/modulo2/Unidad%202.%20Etica%20en%20AP.pdf>
- 3- Ocampos E. Relación clínica y problemas éticos en atención primaria, São Paulo, Brasil. Aten Primaria. 2010;42(8):406–414
- 4-Ogando Díaz B, García Pérez C. Necesidades de formación en bioética en la Comunidad de Madrid. Aten Primaria. 2005;35:240–5
- 5- Zurro M, Cano JF. Atención Primaria. Conceptos, organización y practica clínica.3ra.Ed. Barcelona:Doyma/mosby;1994
- 6- Morata García de la Puerta IJ. Análisis de Dilemas Éticos en Atención Primaria. Medicina de Familia (And) 2000; 1: 89-93
- 7- Pase R, De Vas Y. Actualización: Bioética. [Base de datos]Buenos Aires. Revista Evidencia on line. Actualización en la Práctica Ambulatoria. [fecha de acceso 02 de agosto de 2014]URL disponible en: <http://www.foroaps.org/files/0228b517b995760f77f4172517f8910c.pdf>

Ética al inicio de la vida. Aborto provocado

Dra. Julia Rivarola

La vida humana comienza con la unión del óvulo y el espermatozoide. En este núcleo están los 46 cromosomas, conformados con 23 del padre y 23 de la madre; estos 23 pares de cromosomas tienen en sí el programa individual y es una información genética que es cualitativamente diversa respecto a las células de los organismos paterno y materno. El programa no es ejecutado por la madre, sino por el hijo que se autoconstruye a sí mismo y es el autor principal.

Al quinto o sexto día se implanta en el endometrio de la madre, posteriormente en el día número 21, o sea, 7 días después del mal llamado “retraso menstrual”, el embrión ya tiene los esbozos del corazón. Entre la cuarta y octava semana, se forman tres hojas que dan origen a sus propios tejidos y sistemas orgánicos. a) ectodermo (formara la piel y el sistema nervioso), b) mesodermo (sistema músculo esquelético, cardiovascular y urogenital) y c) Endodermo (vísceras internas).

Así al final de la octava semana, la organización termina y el embrión posee en miniatura todas las estructuras características del ser humano, con el sexo bien definido.

A las nueve semanas, se perfecciona el funcionamiento del sistema nervioso, reacciona a los estímulos y detecta sabores.

A las once semanas ya se chupa el dedo, lo que puede verse perfectamente en una ecografía.

A las dieciséis semanas, con solo 12 mm y $\frac{1}{2}$ de largo, el niño puede usar las manos para agarrar, puede nadar y hasta dar volteretas.

El niño de dieciocho semanas es activo y enérgico, flexiona los músculos, da puñetazos y patea, ahora la madre siente sus movimientos.

Por lo tanto se afirma que el embrión humano dispone de un genoma completamente humano y específicamente individual desde su fecundación. Se desarrolla continuamente desde ese momento, no hay saltos en ese desarrollo.

La cualidad, impulso y la dirección del desarrollo no dependen de la madre sino de la composición genotípica del embrión, por lo tanto decir que el embrión es parte de la madre es anticientífico y antiético.

El genetista Angelo Serra afirma: “El recién concebido tiene una propia y bien determinada realidad biológica, es un individuo totalmente en desarrollo, que autónomamente, momento por momento, sin alguna discontinuidad construye su propia forma, siguiendo por intrínseca actividad un diseño proyectado y programado en su mismo genoma. Por lo tanto el embrión tiene el valor propio de la persona humana, pues no hay una diferencia sustancial entre la concepción y el nacimiento”.

El cigoto humano recién fecundado sería en consecuencia, un ser humano en acto, en posesión de todas sus potencialidades y en ningún caso es un ser humano potencial.

¿Qué es el Aborto?

El **aborto provocado** es la muerte del embrión o feto mediante su destrucción, mientras depende del claustro materno o por su expulsión prematuramente provocada para que muera, tanto si no es viable como si lo es.

El **aborto provocado** es la eliminación intencional, deliberada y directa, como fuera que se realice, de una vida humana, en la fase inicial de su existencia, que va desde la concepción hasta el nacimiento.

En lenguaje corriente, el aborto es la muerte del feto por su expulsión natural o provocada, en cualquier momento de su vida intrauterina.

El aborto puede ser espontáneo o provocado. El espontáneo se produce: porque surge la muerte intrauterina, o bien por causas diversas que motivan la expulsión del nuevo ser al exterior, donde fallece, dada su falta de capacidad para vivir fuera del vientre de su madre. El aborto es provocado, cuando se realiza matando al hijo en el seno materno o forzando artificialmente su expulsión para que muera en el exterior.

El aborto directamente provocado, es considerado antiético, no así el aborto espontáneo.

Formas de practicar el Aborto Provocado

Existen los medios interceptivos que interceptan al embrión antes de su anidación en el endometrio a: DIU y b) Anticoncepción de emergencia y los contraceptivos que provocan la eliminación del embrión apenas implantado: c) Vacuna antigonadotrofina coriónica humana. d) Prostaglandinas (Citotec) e) RU 486. f) Metotrexate

En el primer trimestre del embarazo se practica: g) Curetaje. h) Succión o aspiración.

En el último trimestre: i) Dilatación y evacuación j) Intoxicación Salina Hipertónica. k) Aborto por nacimiento parcial.

¿Qué consecuencias físicas y síquicas puede producir el Aborto Provocado?

La mujer, o la pareja, deben estar informadas de estas consecuencias que se producen tanto en abortos clandestinos como en los legales, en los países en los que están aprobados.

Consecuencias físicas inmediatas:

- a)** Se pueden presentar perforaciones del útero, de los intestinos o de las vías urinarias, en este caso, cuando son muy graves, se debe extraer el útero (histerectomía) que lleva a la posterior esterilidad, o se debe abocar los intestinos y las vías urinarias al abdomen.
- b)** Se pueden producir graves hemorragias que conducen también a la histerectomía.
- c)** Graves infecciones a nivel del aparato genital femenino (absceso pelviano) o a nivel general (sepsis).
- d)** Se puede producir la muerte por anafilaxia (alergia) a la anestesia, o por hemorragias gravísimas.
- e)** Embolia del líquido amniótico

Consecuencias físicas tardías

- a)** esterilidad. **b)** abortos espontáneos. **c)** partos prematuros. **d)** cáncer de mama. **e)** Embarazos ectópicos. **f)** Placenta previa. **g)** Rotura uterina. **h)** Endometriosis

Consecuencias síquicas: después de una tentativa o de un aborto Provocado en la mujer .

- 1)** Negación: “Fue lo mejor que he hecho” “No había otra salida”
- 2)** Depresión: Vacío existencial, melancolía, falta de energía, desinterés por ella misma, por el trabajo, por la vida, intento de suicido.
- 3)** Aislamiento. **4)** Angustia. **5)** Ansiedad
- 6)** Gran sentimiento de culpa: esterilidad síquica, sobreprotección del hijo o bloqueo con los siguientes hijos.
- 7)** Somatizaciones: gastritis, taquicardia, cáncer, etc.
- 8)** Insomnio – Pesadillas, donde se sueñan túneles oscuros o llantos de bebe
- 9)** Rabia y agresividad en relación con el equipo de Salud.
- 10)** Inestabilidad y explosiones de ira.
- 11)** Dificultad para concentrarse.
- 12)** Perdida del interés por la relación sexual, frigidez, dispareunia, vaginismo, o no pueden tener relaciones estables afectivas.
- 13)** Depresión del aniversario
- 14)** Perdida de la confianza en sí mismas y en su capacidad de tomar decisiones.
- 15)** Autoestima baja.

- 16)** Dependencia de tranquilizantes, drogas o alcohol (en la mujer y en el profesional de la salud)
17) Disturbios alimenticios: Anorexia, bulimia, obesidad.

Como vemos el aborto provocado consiste en causar la muerte cruel, inhumana y bajo torturas del embrión o feto y causa gravísimas consecuencias en la mujer y en el profesional de salud

MISOPROSTOL (Cytotec)®

El Misoprostol (Cytotec) es un análogo sintético de la prostaglandina. El Misoprostol produce el aborto médico cuando es administrado en embarazos de menos de 63 días, produciendo contracciones uterinas y dilatación del cuello uterino y hemorragias.

Existen trabajos que sostienen que el uso de Misoprostol no solo provoca aborto, ya que este se produce en un 50% de los casos, quedando el grupo que no es abortado con un serio riesgo de malformación severa. (Schonhofer, 1991).

Las manifestaciones clínicas más frecuentemente descritas en los niños expuestos al Misoprostol durante el primer trimestre del embarazo son: artrogriposis, defectos terminales de miembros y secuencia de Moebius, otros defectos observados son anencefalia, atrofia de cerebelo, defectos craneales e hipoacusia, malformaciones cardiacas, anomalías ungueales, talipes equinovarus, anillos de constricción, sirenomelia, sindactilias.

Se cree que las anomalías producidas por el uso de Misoprostol serían producidas por la disrupción vascular producida por las contracciones uterinas.

Por lo tanto aconsejamos que ante una adolescente o mujer que consulta por un “retraso menstrual” es conveniente hacerse análisis (HCG en sangre u otros en orina) y que no se aplique inyectables, consuma comprimidos o remedios tuyos.

Objeciones a las causales de Despenalización o
Legalización del Aborto desde el punto de vista de la corriente personalista

Cuando se habla de los casos particulares en los que se debe considerar la despenalización del aborto, se considera el aborto “terapéutico”, el aborto eugenésico, el aborto en una mujer violada y el aborto por situaciones socioeconómicas. Hablemos de cada uno de estos.

Aborto “Terapéutico”

Se llamó así al aborto que se practicaba cuando entraban en colisión la vida de la madre y la del hijo. Hoy se extiende este calificativo a cualquier dolencia o riesgo de dolencia de la madre. Queremos señalar que es mal llamado “terapéutico”, porque en realidad no cura la enfermedad que padece la madre y produce la muerte de su hijo.

Actualmente con el avance de la ciencia y de la técnica, no se justifica matar al hijo para salvar a la madre. Los profesionales cuentan hoy con medios modernos para salvar a ambos.

Esto implica actualización, dedicación y trabajo en equipo de los especialistas pertinentes. En caso de embarazos de alto riesgo, es necesario derivarlo precozmente a centros hospitalarios donde se cuenten con recursos técnicos y humanos especializados.

Ya en 1974, el director del Instituto de Clínica Obstétrica y Ginecológica de la Universidad de Roma, Prof. Adriano Bompiani, afirmaba: “El aborto terapéutico ha realmente perdido mucho terreno y no encuentra puesto lógico en los modernos criterios asistenciales; al contrario, en muchas circunstancias agudas, se reveló más dañoso que útil, por el estado de descompensación materna”.

También la **Academia de Medicina del Paraguay** se ha pronunciado: “Ante patologías de la madre o del feto que surjan durante el embarazo, la medicina moderna, utilizando la tecnología disponible en reproducción humana, cuenta con los medios para conservar la vida materna, el fruto de la concepción y combatir consecuentemente la mortalidad peri natal. En casos extremos, el aborto es un agravante y no una solución al problema.

“No comete acto ilícito el médico que realice un procedimiento tendiente a salvar la vida de la madre durante el parto o en el curso de un tratamiento médico o quirúrgico cuyo efecto causare indirectamente la muerte del hijo cuando no se puede evitar ese peligro por otros medios”.

Este se produce cuando se realiza un tratamiento médico o quirúrgico a la madre que padece de alguna patología, el embrión o feto nace muerto sin que el profesional lo cause directamente. Constituye una acción de doble efecto.

Esta declaración fue aprobada por el Plenario Académico Extraordinario de la Academia de Medicina del Paraguay en su sesión del 4 de Julio de 1996”.

Aborto en una mujer violada

En un estudio que se ha realizado en los Estados Unidos, se ha comprobado que solamente el 0,6% de las mujeres violadas en una oportunidad resultan embarazadas. En una sociedad que siente ira hacia la violación, el niño jamás es considerado como un ser inocente, una segunda víctima que merece consideración. En un estudio realizado por la Dra. Sandra Mahkorn, se ha sacado las siguientes conclusiones: “El aborto es incapaz de aliviar la ansiedad de la víctima de la violación; en cambio, agrava y complica mucho más su trauma emocional. Alentar a la mujer a dar salida a su enojo, desplazándolo en venganza contra su hijo, solamente produce impactos negativos y actitudes autodestructivas en la psiquis. En la mayoría de las mujeres embarazadas, víctimas de la violación, que sabiamente eligieron dar vida a su hijo, la elección por el nacimiento es la elección a triunfar sobre la violación. Es una lección que saca algo bueno de lo que parece ser algo tan intrínsecamente malo; en lugar de recordar sólo el temor y la vergüenza, su elección le permite recordar su coraje y su generosidad”.

Este hijo puede ser entregado a la sociedad, en la que puede ser acogido por medio de la adopción.

Aborto Eugenésico

Es un término que se aplica, al tipo de aborto en el cual se pretende evitar nacimientos de niños con malformaciones o anomalías.

Los poderes públicos, ante los casos de discapacitados, físicas o mentales, no solamente no deben proponer la muerte, sino que tienen la grave obligación de promover una legislación que le preste atención especializada, pues no hay mejor expresión de solidaridad que una legislación que ayude positivamente a la más plena integración social de los deficientes, y el logro por su parte de toda la calidad de vida que le sea asequible. Conocemos casos de discapacitados físicos que han prestado servicios relevantes a la humanidad y que muchos minusválidos síquicos son los factores decisivos en la unión familiar”.

El Art. 58 de nuestra Constitución Nacional dice: “El estado organizará una política de prevención, tratamiento, rehabilitación e integración de los discapacitados físicos, síquicos y sensoriales, a quienes prestará el cuidado especializado que requieran”

Por lo tanto se debe suscitar la integración familiar, social, laboral de las personas con capacidades diferentes.

Aborto Indirecto

El aborto provocado está penalizado en nuestro país y exonerado de culpa por la muerte indirecta del embrión o feto (Ver art 109 del Código Penal en Anexos)

El aborto indirecto consiste cuando se realiza un tratamiento médico o quirúrgico a la mujer embarazada que padece de una patología y el embrión o feto nace muerto.

Constituye la acción de doble efecto; Se realiza un bien y se produce indirectamente un mal, sin intención de causarlo.

En Paraguay no está despenalizado el aborto “Terapéutico”

Aborto por motivos económicos.

Los primeros responsables de los hijos nacidos o por nacer son los padres. Si éstos no están en condiciones de cumplir con sus responsabilidades para con ellos, la sociedad, la iglesia y el estado, tienen el deber de prestar la ayuda necesaria para que cada niño sea aceptado y tenga la posibilidad de un desarrollo integral.

Aborto como experiencia de una falsa liberación femenina.

El aborto provocado destruye embriones o fetos de sexo femenino; también destruye a la mujer, física, síquica y moralmente, lanzándola contra sus propios hijos y denigrándola en su capacidad de dar vida. El aborto trae beneficios a los patrones, quienes no tienen que cumplir las obligaciones exigidas para con las embarazadas y las madres.

También beneficia a los hombres irresponsables, quienes así no precisan comprometerse con sus compañeras ni con sus hijos. Las mujeres que aceptan el aborto, ha aceptado sacrificar a sus hijos, fomentando la preponderancia del machismo.

Ética sobre las intervenciones sobre el embrión o feto humano.

- a) Si se respetan la vida y la integridad del embrión o feto.
- b) Que no lo expongan a riesgos desproporcionados a la madre y al hijo.
- c) Que tenga como fin su curación o la mejora de sus condiciones de salud o su supervivencia.
- d) Consentimiento libre e informado de los padres.

Bibliografía

- 1) Pérez Sánchez A, Donoso Siña E. Obstetricia. Ed. Mediterráneo. 2º edición. Santiago - Chile. 1992.
- 2) Conferencia Episcopal Española. El Aborto. 100 cuestiones y respuestas sobre la defensa de la vida humana. Documentos mc Madrid 1991.
- 3) Guerrero F, Bellido J. Si a la vida. Una opción civilizada. Ed. Ciudad Nueva. Madrid 1983.
- 4) Wilke JC y Sra. Aborto. Preguntas y respuestas. Ed. Hayes Publishings. 1992.
- 5) Universidad Católica Sacro Cuore - Identidad y estatuto del embrión humano. Medicina y Moral. Roma 1989.
- 6) Schooyans M. El Aborto. Implicaciones políticas. Ed. Rialf. Madrid 1991.
- 7) Autores varios. Ley del aborto y objeción de conciencia en cuadernos de Bioética. Nº2 IV-VI Galicia. 1990.
- 8) Autores varios.. Avances en embriología y estatuto del embrión humano en cuadernos de Bioética. Vol. 3 VII-IX Galicia. 1990.
- 9) Autores varios. El comienzo de la vida humana en cuadernos de Bioética. Nº11 3º Galicia. 1992.
- 10) Autores varios. Respeto a la vida humana en su inicio. cuadernos de Bioética. Nº17 - 18 1º - 2º Galicia. 1994
- 11) Gines, A Factores condicionantes del aborto y su impacto en la mortalidad materna Ed. Litocolor - Asunción 2002
- 12) Sgrechia, E Manual de Bioética. Fundamentos e. Ética Biomédica. Ed. Loyola Sao Paulo Brasil. Abril 2002. 339 - 397 VI

Planificación familiar. Aspectos científicos y éticos

Dra. Julia Rivarola

La planificación familiar es un derecho y un deber de la pareja exclusivamente, de decidir con amor, cuántos hijos tener y cada cuánto tiempo, con tal que el fin y los medios sean éticos.

Pasaremos a explicar ahora, cada trozo de esta definición. Primero dice que es un derecho y un deber de la pareja exclusivamente; es un privilegio porque los hijos son expresión y fruto del amor conyugal, y ciertamente es un deber, porque en forma frecuente la pareja debe dialogar sobre este tema.

Nosotros creemos que ya durante el noviazgo debe haber un diálogo profundo, entre otros tantos temas, sobre este aspecto de la planificación familiar. También decimos que es un derecho y un deber de la pareja exclusivamente; el médico o cualquier agente sanitario puede informar, educar y otorgar servicios a la pareja, pero la pareja es en última instancia la que, ante sus conciencias, debe decidir sobre este aspecto. Tampoco el Estado o los órganos internacionales puede decidir sobre cuántos hijos debe tener la pareja, como ha ocurrido en algunos países como la China comunista, donde se obliga a tener solamente un hijo, se realiza el aborto provocado, el infanticidio o esterilización de los padres; si el niño falleciese por algún motivo, los esposos caen en un gran dolor moral y psíquico.

Es antitética cualquier legislación que establezca número máximo o mínimo o peor que imponga la esterilización o aplique sanciones o penalidades por causa del número de los hijos.

Además la pareja debe decidir cuántos hijos tener y cada cuánto tiempo. Esto creemos que la pareja debe preguntarse en forma conjunta, al menos una vez al año.

Y finalmente, la definición dice, cuando el fin y los medios sean éticos. El fin debe ser también ético y lo podemos discernir cuando es por amor. Los motivos por los cuales la pareja desea espaciar el nacimiento de los hijos, deben ser por importantes motivos de salud, ya sea de la madre, del padre, de los hijos que han nacido, los hijos por venir o también puede ser por problemas económicos, etc.

Entonces, si estos motivos son importantes y son una expresión de amor a la esposa, a los hijos, a la familia y a la sociedad en que se halla inmersa, es un motivo o fin ético. En cambio, si es por egoísmo, cuando se prefiere tener la segunda casa, antes del segundo hijo por ejemplo, el fin no es ético.

Los métodos artificiales de Planificación Familiar alteran la fertilidad del hombre o de la mujer o la viabilidad del embrión en los primeros estadios en algunos casos. Los métodos naturales de planificación natural respetan la fertilidad femenina y masculina y la viabilidad embrionaria.

El acto sexual tiene una dignidad ontológica ética particular que lo distingue de otras actividades humanas (lúdicas, poéticas, productivas); se trata de un acto de que por sí está abierto a dar vida, no a un objeto, sino a una persona y es un acto que envuelve la totalidad de dos personas: varón y mujer, en su dimensión afectiva, física y espiritual

Questionamiento Éticos de la Salud Reproductiva

A continuación se transcribe la definición y lo que comporta este termino

▪ La Salud Reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de **disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos** de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. (Cairo 7.2)

▪ La atención de la salud reproductiva en el contexto de la atención primaria de la salud debería abarcar, entre otras cosas: asesoramiento, información, educación, comunicaciones y servicios en materia de planificación familiar de la familia; educación y servicios de atención prenatal, partos sin riesgos, y atención después del parto, en particular para la lactancia materna y la atención de la salud materno infantil, prevención y tratamiento adecuado de la infertilidad, **interrupción del embarazo**, prevención del aborto y tratamiento de sus consecuencias, tratamiento de las infecciones del aparato reproductivo, las enfermedades de transmisión sexual, SIDA, cáncer de mama y del aparato reproductivo. (Cairo N° 7.6)

- a) El primer párrafo expresa una sexualidad con enfoque hedonista
- b) El segundo párrafo contempla dentro del término salud reproductiva, al aborto provocado. Este no comporta salud pues causa complicaciones físicas y psíquicas en la mujer y no es reproductiva, pues elimina al embrión o feto
- c) Cuando se promueven proyectos de salud reproductiva en nuestro país se realiza en forma mayoritaria la difusión y servicios de la anticoncepción y no se enseña la planificación familiar natural
- d) Cuando se refiere salud reproductiva del adolescente, se habla de la confidencialidad, que no respeta la patria potestad de los padres o tutores que tienen el derecho a conocer las enfermedades o circunstancias importantes que padecen sus hijos

Control de la Natalidad

- Conjunto de programas y actividades realizadas por los organismos públicos (gobiernos y/o organismos internacionales) orientados a regular la natalidad, con objeto de promover su reducción o su incremento.
- Los programas de control de la natalidad consisten en la adopción de determinadas medidas con el objetivo de controlar el crecimiento de la población. Esta regulación se lleva a cabo en cada país de acuerdo a diferentes factores socioeconómicos, políticos y culturales, por lo que básicamente se puede hablar de dos tipos de políticas de control de la natalidad: las antinatalistas en los países pobres, para limitar el número de nacimientos, y las pronatalistas en los países desarrollados, orientadas a fomentar la elevación de sus bajas tasas de natalidad.
- Las políticas de fomento de la fecundidad han sido características de los períodos de posguerra. Por ejemplo, en los años posteriores a la I y II Guerra Mundial, los países europeos llevaron a cabo reformas para promover la procreación otorgando subsidios a las madres que se dedicaran exclusivamente al cuidado de su prole y dirigiendo campañas de exaltación de la figura materna y la función social de la maternidad.
- Por el contrario, las políticas antinatalistas han sido impulsadas con profusión durante las últimas décadas. El empeño a favor de tales políticas, tanto entre los gobiernos de dichos países como entre los donantes de ayuda internacional, ha venido alentado, no sólo pero sí en buena medida, por los enfoques neomalthusianos que han argumentado que la pobreza y el subdesarrollo son consecuencia fundamentalmente del fuerte crecimiento demográfico. Muchos de estos programas carecen de un componente de educación sexual en valores o de información sobre las consecuencias de los métodos anticonceptivos en la salud de las mujeres.

Cuestionamiento Éticos a la ideología de Género

A continuación se transcribe la definición y lo que comporta este termino

“El género es una construcción cultural: por consiguiente no es ni resultado causal del sexo ni tan aparentemente fijo como el sexo...Al teorizar que el género es una construcción radicalmente independientemente del sexo, el género mismo viene a ser un artificio libre de ataduras; en consecuencia hombre y masculino podrían significar tanto un cuerpo femenino como uno masculino; mujer y femenino, tanto un cuerpo masculino como uno femenino”.(El Problema del Género: el Feminismo y la Subversión de la Identidad”) de la feminista radical Judith Butler.

“El sentido del término ‘género’ ha evolucionado, diferenciándose de la palabra ‘sexo’ para expresar la realidad de que la situación y los roles de la mujer y del hombre son construcciones sociales sujetas a cambio”.

Rebecca J. Cook, docente de leyes de la Universidad de Toronto y redactora oficial de la ONU en Pekín afirma: **“los sexos ya no son dos sino cinco”**, y por tanto no se debería hablar de hombre y mujer, sino de **“mujeres heterosexuales, mujeres homosexuales, hombres heterosexuales, hombres homosexuales y bisexuales”**. Actualmente se añade transexuales.

a- La sexualidad comporta la características físicas, psíquicas, sociales y espirituales que nos diferencian en varón y mujer y nos permiten la complementariedad y la apertura a la vida. Por lo tanto la sexualidad está determinada desde el momento de la concepción y no es una construcción cultural. Existen solo dos sexos Masculino y Femenino

II. Métodos artificiales de Planificación Familiar

Ellos son:

1. Anticonceptivos hormonales (vía oral o parenteral), **2.** Espiral o DIU (dispositivo intrauterino), **3.** Esterilización masculina o femenina, **4.** Condón o preservativo, **5.** Coito interrumpido, **6.** Espermaticidas, **7.** Remedios yuyos. Hablaremos de cada uno de estos:

1. Anticonceptivos Hormonales:

Puede ser tanto por vía oral como por vía parenteral, intramuscular, o por implantes. Todos tienen diversas concentraciones de estrógeno y progesterona en forma sintética, en diversas presentaciones y en diversas cantidades. Los anticonceptivos en forma oral, deben tomarse diariamente uno a la noche y los últimos comprimidos tienen almidón, vitaminas o hierro, de tal modo que baja el nivel hormonal, por lo tanto sucede la menstruación. Los anticonceptivos hormonales por vía parenteral intramuscular o implantes, presentan dosis alta de hormonas femeninas de depósito

El mecanismo de acción de estos anticonceptivos hormonales es la siguiente:

1) Inhibición de las hormonas hipofisarias = folículo estimulante y luteinizante (FSH y LH), **2)** Hay una nivelación muy escasa de las hormonas ováricas, estrógeno y progesterona, **3)** En algunos casos produce anovulación, no así las mini píldoras o las micro dosis en que muchas veces ocurre la ovulación, por lo tanto ya no se pueden llamar anovulatorias, **4)** Altera el moco cervical que es escaso y viscoso. **5)** No hay proliferación ni diferenciación del endometrio. (si hay concepción, el embrión no tiene posibilidad de implantarse, en algunos casos como las hormonas de depósito y la anticoncepción de emergencia).

En estos mecanismos de acción, estos alteran totalmente la fisiología de la mujer, por lo tanto producen muchos **trastornos colaterales**:

- Riesgo trombo embólico, esto quiere decir en forma sencilla, que se producen coágulos en las vías sanguíneas que pudiesen producir infartos, embolia pulmonar accidentes cerebro-vasculares ceguera, (3 a 6 veces mas frecuente)

- Agravación de la diabetes potencial,
- Hipertensión, la toma de anticonceptivos eleva en 10 mm. de mercurio la presión arterial,
- Aparición de la insuficiencia hepática y en algunos casos, aparición de tumores benignos de hígado como hepatomas, ictericia, etc.,
- Hipercolesterolemia, aumento de triglicéridos,
- Amenorrea, en algunos casos,
- Cáncer de cuello uterino, cáncer de mamas. El cáncer de cuello uterino se ha visto sobre todo, en una alta frecuencia con otros índices de riesgo, como el hábito de fumar, relaciones sexuales precoces y muchos compañeros sexuales que se suma al uso continuado de anticonceptivos
- Síndrome depresivo, pérdida de la lívido, recidiva de una psicosis.
- Cefalea intensa y persistencia, vértigo.
- Esterilidad después de varios años de uso. Esto se explica por los distintos mecanismos de acción que atacan a múltiples aspectos de la fertilidad de la mujer: un año de anticonceptivos produce 10 años de envejecimiento del ovario por atrofia folicular.
- Enfermedades de transmisión sexual: el estilo de vida promiscuo en que viven algunas personas que usan anticonceptivos, predispone a estas enfermedades, además a la deficiencia de las vitaminas, entre ellas la vitamina A protectora de la mucosa vaginal
- Interfieren en la lactancia y producen tensión mamaria. Se ha comprobado que en la leche materna se ha podido dosar hormonas femeninas.
- Malformaciones fetales: de extremidades urogenitales, cardiovasculares, si se inyectan anticonceptivos parenterales sin saber que se cursa con un embarazo.

Contraindicaciones de los anticonceptivos y condiciones de riesgo

Enfermedades cardíacas, Enfermedad trombo embólica y trastornos de la coagulación, Hipercolesterolemia, Arteriopatías o flebopatías, Hiperbelirrubinemia o afecciones hepáticas, Neuropatía, Diabetes, Cefalea, Embarazo, Hipertensión. Tumores benignos o malignos de cualquier órgano o historia familiar de tumores malignos. Mujeres menores de 16 años o mayor de 40 años o oligoamenorrea o metrorragia de origen desconocido. Lactancia. Epilepsia - polineuritis - neurosis – psicosis. Glaucoma – otosclerosis. Asociación de obesidad + tabaquismo + hipercolesterolemia: por la predisposición a trombosis. Lupus. Fumadoras de más de 10 cigarrillos.

Inyecciones Depot Provera

Se han demostrado además los siguientes trastornos colaterales: Demora en la recuperación de la fertilidad, Irregularidades menstruales, amenorrea, Riesgo de cáncer de mama. Una vez inyectados, no pueden eliminarse cuando causan complicaciones. Hay estudios actuales que demuestran que producen osteoporosis.

Implantes Subcutáneos Nortplant:

Duran 1 a 6 Años. Los trastornos colaterales que se han informado son: Sangrado anormal 72%, Cefalea 38%, Disturbios emotivos 33%, Mastalgia 37%, Difícil extracción ante los trastornos colaterales 48%.

Anticoncepción de Emergencia

Consiste en que la mujer ingiere unos comprimidos (etinilestradiol y levonorgestrel o levonorgestrel solo) hasta 72 horas después del acto sexual, y si ella está en tiempo fértil, la concepción (unión del óvulo con el espermatozoide) ocurre a las 7 horas aproximadamente. Por lo tanto, la mayor acción es producir una alteración del endometrio y un efecto supresor parcial de la función del cuerpo lúteo (que sirve para mantener un embarazo). El efecto buscado es principalmente anti-anidatorio del embrión (Blastociste)

2. Diu o Espiral:

Los DIU o espirales son cuerpos extraños que se introducen dentro de la cavidad uterina, hay diversas presentaciones. Todos tienen una base de metal recubierta de material plástico y en muchas oportunidades, sobre todo en las últimas presentaciones comerciales, reforzado por sustancias químicas como el cobre u hormonas como levonorgestrel

El mecanismo de acción: se ha visto aumento de polimorfonucleares y macrófagos a nivel endometrial que impide la implantación del embrión y aumento de B galactosidasa que ejerce efecto embriotóxico. El cobre es embriotóxico, compite con el zinc que es importante para la respiración embrionaria.

Se produce también liberación de prostaglandinas y sustancias de origen leposómico como la β Glucoronidasa o la fosfatasa ácida que transforman el endometrio en un medio inadecuado para la implantación del embrión

El factor precoz del embarazo fue positivo en 14 sueros de los 85 realizados durante 23 ciclos en 14 mujeres que usaban DIU. Fue negativo en mujeres que fueron esterilizadas o practicaban abstinencia sexual

El mecanismo de acción no impide la concepción, o sea la unión del óvulo con el espermatozoide, sino que está comprobado científicamente con dosajes gonadotrofinas coriónicas humanas y últimamente con dosajes del factor precoz de embarazo, que el espiral impide la implantación del nuevo ser humano (blastociste), por lo tanto el DIU tiene mecanismo abortivo.

Así también, como es un cuerpo extraño dentro del cuerpo de la mujer, produce muchas

COMPLICACIONES:

1. Puede producir perforaciones, por su mala colocación. **2.** Inflammaciones e infecciones a repetición, porque el hilo permite la entrada a la cavidad uterina de infecciones a repetición, esto puede conducir a la Enfermedad Inflamatoria Pélvica **3.** Esterilidad por infecciones crónicas. **4.** Dolores pélvicos persistentes en bajo vientre.

5. Hemorragia en el ciclo menstrual, hipermenorrea y dismenorrea que posteriormente llevan a la anemia. 6. Embarazos ectópicos. Se producen 20 embarazos ectópicos en una mujer con DIU, por cada un embarazo ectópico en persona sin este elemento. 7. Expulsiones espontáneas. 8. Embarazo con DIU.

Contraindicaciones del espiral: Embarazo o sospecha de embarazo, Hemorragias sin diagnosticar, Infecciones, Tumores benignos o malignos en órganos genitales, Anemia, Trastornos de coagulación, Cesáreas o miomectomías anteriores, Malformaciones uterinas, Edad joven y nuliparidad: por la posibilidad de producir esterilidad por inflamaciones e infecciones.

MIRENA® según FDA y proveída por Bayer Health Care

Es un DIU con depósito de Levonogestrel.

MECANISMO DE ACCION:

- ✓ Atrofia de las glándulas del endometrio.
- ✓ Supresión de las arterias espiraladas y trombosis capilares
- ✓ Reacción inflamatoria con aumento de linfocitos, neutrófilos, células plasmáticas y macrófagos.

Trastornos colaterales

- ❖ Dolor, sangrado y mareos en la colocación
- ❖ Embarazo ectópico
- ❖ Infecciones: enfermedad inflamatoria pélvica que puede ocasionar embarazo ectópico y esterilidad.
- ❖ Incrustación y perforación del útero.
- ❖ Amenorrea en un 90°, después del año de uso

CONTRAINDICACIONES

- ❖ SIDA
- ❖ Trastornos de coagulación o anemia.
- ❖ Cáncer de útero o cuello uterino
- ❖ Embarazo
- ❖ Diabetes
- ❖ Embarazo ectópico anterior
- ❖ Leucemia.
- ❖ Más de una pareja sexual
- ❖ Enfermedades de transmisión sexual (ETS)
- ❖ Accidente cerebrovascular.
- ❖ Hipertensión.
- ❖ Cefalea intensa.

3. La Esterilización:

La esterilización puede ser, tanto femenina como masculina. La femenina también denominada ligadura de las trompas y la masculina, llamada vasectomía. También se lesiona la integridad de la persona física, el acto médico debe ser el de amputar un órgano enfermo, en cambio en este caso, se amputa, se quita la funcionalidad de un órgano sano, por lo tanto, va contra el principio de totalidad o terapéutico.

Va contra el principio de la libertad de la persona, de procrear o tener hijos en el matrimonio. Es también irreversible. En algunas oportunidades, se ha realizado una cirugía para revertir con muy pocos éxitos en el embarazo, por lo tanto, la mujer y el hombre deben saber que es prácticamente irreversible. Pueden cambiar sus condiciones conyugales o de pareja, pueden cambiar sus condiciones de salud, sus condiciones económicas y si la pareja en el futuro desea tener hijos, ya no los podrá tener.

Se ha visto en muchas mujeres, problemas psicológicos como frigidez y cólicos pelvianos, pues anulado su impulso maternal en la mujer, ella cree que también es anulada su genitalidad.

Se han visto también embarazos extrauterinos, 3,5 por 1000 pacientes. Se ha extraído el útero (histerectomía) por sangrados uterino excesivos en un 5,9%.

Se ha referido hemorragias ínter menstruales moderada a severa. Lamentaron haberse sometido a la intervención de 5,9 a 25%.

La vasectomía tiene iguales consideraciones éticas que la esterilización de la mujer, en algunos casos se ha visto también, disminución de la testosterona y aumento del colesterol y triglicéridos, en muchos casos se han visto complicaciones psicosexuales, como la impotencia. Se han reportado casos de enfermedades genitourinarias y cáncer de próstata (66% en 24000 pacientes). También se reportó esterilidad definitiva en un 23% por anticuerpos antispermatozoides y fibrosis de los túbulos.

4. Condón o Preservativo:

Es una bolsita de látex que el hombre debe colocarse en medio de la relación sexual, a fin de impedir el paso del semen hacia la vagina. Muchas veces hay en la mujer, alergia al condón o al lubricante o al espermaticida y tiene una ineficacia comprobada científicamente del 10 al 30%, por las siguientes razones: debido al mal uso, pudiese producirse la rotura del condón y el rebosamiento del esperma y no protege de las enfermedades de transmisión sexual ubicadas fuera del condón. Además el virus del SIDA es 50 veces más pequeño que los poros del condón y 450 veces más pequeño que el espermatozoide. Por lo tanto no siempre evita las enfermedades de transmisión sexual, ni el SIDA.

5. Coito Interrupto:

El hombre debe interrumpir el acto sexual antes de la eyaculación. Tiene una ineficacia del 10 al 30%. Hay ansiedad en la pareja, porque la relación sexual no es gratificante y por lo tanto, suele verse en el hombre eyaculación precoz y en la mujer, frigidez o congestión pelviana, que produce cólicos pelvianos.

6. Espermaticidas

Son sustancias químicas, que se presentan en forma de spray, jaleas, cremas u óvulos que se colocan 15 min. antes de la relación sexual .

La función es inactivar los espermatozoides, pero algunas veces no lo realiza sino produce malformaciones a éstos. Tiene una ineficacia altísima, del 25 al 30%. Produce alergia e la mujer, irritación y escozor vaginal. Puede a veces comprobarse efectos teratogénos, como hipospadía, en los miembros del feto, etc. Puede haber un aborto espontáneo en un 20% y como cambia el pH de la vagina, puede producir infecciones y metaplasia en ese lugar.

7. Remedios Yuyos

La siguiente lista de remedios yuyos, se ha extraído de un estudio realizado por el Dr. Arenas y el Dr. Moreno Azorero, que se titula "Plantas de uso común en la Medicina Folklorica del Paraguay para regular a Fecundidad". Pudiesen ser anticonceptivos y/o abortivos como la Candorosa. Estos son: Mbocayá (raíces), Poleo'í, Tapekue, Altamisa, Pindó (raíces), Cardosanto, Ysyó-mil hombre, Quebracho blanco (corteza), Perdurilla blanca, Achicoria (raíces y hojas), Caroa, Jaguarova, Cangorosa, Paraíso (raíz), Mburukuyá, Doradilla, Aguaçate (hoja), Perejil (tallo-acción abortiva), Ka'á tai, Calaguala, Ruda, Molle-í, Ñuatía pytá, Kavayú ñepysangaha, Verbena-í.

Estos remedios yuyos se preparan combinados, machacando hojas o raices dos o tres de ellos, en grandes cantidades, haciendo infusiones generalmente.

Métodos naturales de Planificación Familiar.

Los métodos naturales de planificación familiar, consisten en determinar el tiempo de fertilidad e infertilidad de la pareja. Así como los métodos naturales pueden espaciar los nacimientos de los hijos, también sirven para tratar de concebirlos.

Queda implícito por lo tanto, que no se usa drogas ni dispositivos, ni procedimientos quirúrgicos y el acto conyugal cuando se realiza es completo.

No se combinan con el condón o coito interrumpido

Existen cinco métodos naturales que se conocen hasta hoy día, pudiéndose desarrollar en el futuro, otros más. Son ellos:

a) Método de lactancia y Amenorrea (MELA). b) Método de Ogino Knaus. C) Método Térmico. d) Método de Billings o de ovulación e) Método Sintotérmico

a) Método de la Lactancia y Amenorrea: Mela

Si la madre da al hijo su pecho en forma completa, quiere decir, sin la ingestión de otra leche o papillas la mujer tiene el 98% de probabilidades de no quedarse embarazada.

Se explica así: cuando más succiona el niño, se libera más prolactina a nivel de la hipófisis. La prolactina ordena a la mama de producir más leche y manda una orden al ovario, a fin de que no ovule durante todo ese periodo.

Cuando se introducen otra leche, chupete papilla o líquidos; el bebé ya no succiona, por lo tanto hay un periodo donde no se produce la prolactina y por lo tanto comienza el proceso de ovulación.

Es efectivo en un 98%, solamente si: a) la lactancia es completa y estricta, sin otras ingestas, todas las veces que el bebé desea alimentarse b) se da de mamar tanto de día como de noche; y c) Que la mujer no menstrúe. Este método es efectivo en los primeros seis meses de la lactancia completa. Después debería continuar con otro método natural.

b) Método Ogino Knaus

También denominado por las personas Método del ritmo o el método de calendario. Fueron descubiertos por los Dres. Ogino, del Japón y Knaus, de Austria. Ellos por medio de cálculos matemáticos aproximados, lograron determinar el tiempo probable de ovulación. Tiene eficacia aproximada de 80% y es muy efectivo en ciclos regulares. Este método, actualmente no se lo recomienda porque existen ya otros, más efectivos

c) Método Térmico

La mujer debe tomarse la temperatura diariamente a la mañana, al despertarse, a la misma hora, siempre en el mismo lugar (axilar, bucal, vaginal, etc.) como condición se pide, que al menos debe dormir durante seis horas, no levantarse a la noche y no ingerir bebidas alcohólicas, etc. La mujer así va graficando todas las mañanas y puede observarse en la primera parte del ciclo la temperatura se mantiene más o menos estable. Cuando se acerca la ovulación, desciende levemente y luego se eleva y se mantiene así, por la acción de la hormona progesterona. La mujer cuenta tres días después de la elevación y si se mantiene constante, puede así saber que ya ha ovulado. Todo el tiempo restante es de infertilidad.

d) Método de Ovulación o de Billings

Fue descubierto por los Dres. John y Evelyn Billings, de nacionalidad australianos. Ellos lograron identificar que el moco que se produce en el nivel del cuello del útero en la mujer, es capaz de ser un signo y un síntoma de ovulación.

Para enseñarlo, se ha ideado el esquema de la madre tierra y es así: Durante todo el tiempo de verano, no caen lluvias, por lo tanto, por más que el campesino tire su semilla, no crecerá nada. Luego vienen las lluvias, en que si el campesino tira sus semillas, crecerán todas. También crecerá en los días posteriores a la lluvia, pues la tierra está seca por arriba, pero húmeda por debajo. Posteriormente, vuelven a venir tiempos de sequía donde no pueden crecer las semillas. Así como ocurre en la madre tierra, ocurre en la mujer.

Dentro del ciclo menstrual de la mujer, hay un tiempo de sequía, posteriormente un tiempo de humedad, más tarde otro de sequía más largo y luego aparece de nuevo la menstruación. Durante el tiempo de sequía, la mujer tiene una sensación de la nada y sequedad de la vulva, por lo tanto, por más que tenga relaciones sexuales no se producirá el embarazo. Posteriormente la mujer, tiene la sensación de humedad y aparece el moco en la región vulvar. Si el matrimonio desea concebir, se recomienda a la pareja tener relaciones conyugales en este tiempo.

Y si la pareja por motivos importantes, económicos o de salud, desea espaciar el nacimiento de los hijos, se les recomienda tener abstinencia sexual completa durante éste tiempo de humedad y/o moco, más tres días secos. Posteriormente aparece de nuevo el tiempo de sequedad, la mujer de nuevo se siente seca en su vulva, la pareja puede volver a tener relaciones sexuales en éste periodo, que no se concebirá un nuevo ser. Posteriormente aparece la menstruación y así se cierra el ciclo menstrual

¿Cómo es este tiempo de humedad de la mujer? Este tiempo de humedad de la mujer puede aparecer en cualquier momento del ciclo menstrual. Al principio, la mujer tiene la sensación de humedad, posteriormente ve la presencia, muchas veces, de un moco que es grumoso, espeso, pegajoso como engrudo; con las horas o con los días va cambiando de consistencia y de sensación, hasta que el moco sea elástico, transparente, como la clara de huevo, y llega un momento en que la mujer tiene mucha sensación de humedad lubricativa. Posteriormente el moco se vuelve grumoso, espeso y desaparece.

Cabe recordad que todo este tiempo de humedad y/o moco grumoso o elástico, más los tres días secos posteriores, puede producirse el embarazo si se tienen relaciones sexuales. Si se desea espaciar el nacimiento de los hijos se debe practicar abstinencia total completa en esos días. No se usa preservativos o coito interrumpido. No se hacen cálculos de fecha.

Cabe recordar que el óvulo vive de 12 a 24 hs. y los espermatozoides en tiempo de humedad y/o moco 7 días, pues éste lo clasifica, le hospeda, le alimenta y le conduce a los espermatozoides

Este método no depende de la regularidad de la mujer, pues no se hacen cálculos matemáticos y no se basa en la menstruación, por lo tanto sirve para los ciclos corto, regular y largo; como también en la lactancia, donde muchas veces no se menstrua o en la premenopausia, donde existen algunas irregularidades menstruales. Este método se basa en que la pareja administra su propia fertilidad.

Los atributos del método de Ovulación de Billings

Es el método ideal de planificación natural por los siguientes atributos.

- a) Es fácil de entender.
- b) Es sano. No produce trastornos colaterales ni complicaciones. No tiene mecanismo abortivo.
- c) Es confiable, tiene un 98.5% de efectividad, confirmado por la Organización Mundial de la Salud
- d) Es económico de usar.
- e) Pueden usarlo con éxito personas de diferentes culturas, educación, condiciones sociales, nutrición, clima, religión, etnia y servicios médicos.
- f) Se puede usar en la lactancia, premenopausia, ciclos irregulares, etc.
- g) Es reversible, porque puede servir para concebir como para espaciar, tan pronto como la pareja lo desee.
- h) No altera el acto sexual, como sucede con el coito interrumpido o en uso de preservativos.
- i) Y lo más importante, promueve el respeto recíproco, la responsabilidad común de la pareja, el dominio de sí mismo, al amor y el diálogo conyugal. Fortifica al matrimonio y dignifica al hombre y a la mujer.
- j) Al espaciar los nacimientos sin efectos colaterales en la mujer se reduce la morbi mortalidad materno infantil.

Ciertamente para que este método tenga efectividad del 98.5%, se necesitan tres condiciones:

- 1) Es necesario el diálogo conyugal.
- 2) Llevar una gráfica, que es un papel donde diariamente, a la noche, se escribe si la mujer tiene menstruación o tiempo de sequedad o tiempo de humedad.
- 3) El seguimiento por un/a instructor/a con pleno conocimiento de la planificación familiar natural y con su filosofía, por algunos meses, hasta el total entendimiento.- La pareja puede recurrir también cuando existen dudas.

e) Método Sintotérmico

Combina el cálculo de fechas, la temperatura, el moco cervical o el método de Billings y algunos otros síntomas, como la tensión mamaria, la posición y textura del cuello del útero, etc.

Como vemos los métodos naturales de planificación familiar respetan el principio de beneficencia, no maleficencia, el de totalidad y el del valor fundamental de la vida.

Bibliografía

- 1) Autores varios. Anticonceptivos y ciencias de la Salud - Cuadernos de Bioética N°6 - Galicia – 1991
- 2) Arzu Wilson, Mercedes. El Método de la Ovulación - Wadworth International Iberoamericana - EE.UU. - Norteamérica - 1982
- 3) Autores varios. Avances en regulación natural de la Fertilidad - Cuadernos de Bioética N°9 Galicia - 1992
- 4) Billings, John. Fundamento del Método de la Ovulación - Ed. Paulinas - Bs.As. - Argentina - 1990
- 5) Billings, Evelyn Wetmore. Manual del Método Billings - Ed. Paulinas - Argentina - 1990
- 6) Billings, John. Amarse en Cuerpo y Alma - Ed. Paulinas - Colombia - 1991
- 7) Capella, Anna. Según la Naturaleza - El Método Billings - Roma - Italia - 1985
- 8) Comunicación de la Santa Sede a la Organización Mundial de la Salud, sobre Ética y Valores en la Planificación Familiar
- 9) Comisión Episcopal de Pastoral Familiar. Paternidad Responsable y Método de Billings - México - 1990
- 10) Evangelización y Familia - Conferencia Episcopal Paraguaya - 1990
- 11) Melendo Fernández, Crehuet. Planificación Familiar natural - Ed. Palabra S.A. - Madrid - 1993
- 12) Montabelli, Antonio. Guía de los Métodos Naturales - Paternidad Responsable - Ed. Ciudad Nueva - España - 1988
- 13) Rodríguez, M. Gutiérrez, Ma. Teresa. Regulación Natural de la Natalidad - Guía del Método de la Ovulación (Billings) - Ed. Ciudad Nueva - España - 1992
- 14) Zubizarreta, Eduardo. Manual del Método Billings - Ed. Paulinas - Argentina – 1990
- 15) Sgreccia, E. Manual de Bioética. Fundamentos e ética biomédica. Ed. Loyola. San Pablo – Brasil. Abril 2002 293-337
- 16) Autores Varios: Cuadernos de Bioética – Galicia Métodos Naturales o Anticoncepción . Vol XII N° 45 - 2ª 2001
- 17) Arzú de Wilson, M. - Amor y familia. Ed. Trillas, México - 2002. Pp. 199 - 281
- 18) Sgreccia E. - Manual de Bioética, Fundamentos e ética biomédica. Ed. Loyola, San Pablo, 2002. Pp. 467 - 498.
- 19) Lucas Lucas R., Comentario Interdisciplinar a la "Evangelium Vitae". Bib. de autores cristianos. Madrid, 1996. Pp. 435 - 452.
- 20) Franca - Tarragó O., Bioética en el principio de la vida. Ed. Paulinas, Buenos Aires - 2008. Pp. 49 - 81
- 21) "Mifepristona/gemeprost para aborto de un embarazo incipiente", Drug and Therapeutic Bulletin 31:21 - 1993.
- 22) Navarretta, V. La procreazione responsabile, fundamenti filosofici, scientifici, teologico centro studi sulla regolazione Naturale della fertilita. Univ. Cat. de S. Cuore Roma –1984:98-102

BIBLIOGRAFÍA sobre anticoncepción de emergencia:

- * Rivera, R, Yacobson, I, Grimes D. The Mechanism of action of hormonal contraceptives and intrauterine contraceptive devices. Am F Obstet Gynecol 1999; 181(5):1263-69
- * Ling WY Wrixon W, Zayid I, et al. Mode of action of dl-norgestrel and ethinylestradiol combination in postcoital contraception. II. Effect of postovulatori administration on ovarian function and endometrium. Fertil steril 1983; 39(3):292-97
- * Durand M, Durán O, Cravioto MC, et al. Mechanisms of action of levonorgestrel(LNG) as emergency contraceptive (EC). XVI FIGO World Congress of Gynecology and Obstetrics Book of Abstracts, Monday, September 4 (n.p.: International Federation of Gynecology and Obstetrics, 2000)23
- * Landgren BM, Johansson E, Aedo AR, Kumar A, Shi Yong-en. The effect of Levonorgestrel administered in large doses at different stages of the cycle on ovarian function and endometrial morphology. Contraception, 39 (3), 1989. 275-289
- * Wellbery C. Emergency contraception. Arch Fam Med, 9 (7), 2000.642-6.

- * Rivera R, Yacobson I, Grimes D. The mechanism of action of hormonal contraceptives and intrauterine contraceptive devices. *Am J Obstet Gynecol*, 181 (5, Part 1), 1999.1263-1269.
- * Lavalleur J. Emergency contraception. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 27 (4), 2000. 817-39.
- * Hewitt G, Cromer B. Update on adolescent contraception. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 27 (1), 2000.143-62.
- * Wu JIE, Chen JIE, XU Ruhua et al: Effects of mifepristone and Levonorgestrel on the Human endometrium during periimplantation. In: Chander PP, Van Look PFA (eds). *Sexual and Reproductive Health. Recent Advances, Future Directions*. New Age International Publishers 2001; 143-8.
- * Landgren BM, Johannisson E, Aedo AR, Kumar A, Yong-En S: The effect of levonorgestrel in large doses at different stages of the cycle on ovarian function and endometrial morphology. *Contraception* 1989; 39: 275-28.
- * Kahkenborn, Joseph B. Stanford, and Walter L.Larimore Postfertilization Effect of Hormonal Emergency Contraception pharmacotherapy – 2002 March, Vol 36. Pp465-470
- * Ventura - Junca, "Diálogo entre ciencia y ética: superación de un conflicto. La píldora del día después y la duda", *Medicina e Morale* 55:1 (2005), pp. 47 - 64.

Bibliografía sobre el DIU:

1. Beling Cg, Cederqvist LL, Fuchs F: Demonstration of gonadotropin during the second half of the cycle in women using intrauterine contraception. *An J Obstet Gynecol* 125:855, 1976
2. Lnadesman R, Coutinho EM, Saxena BB: Detection of human chorionic gonadotropin in blood of regularly bleeding women using copper intrauterine contraceptive devices. *Fertil Steril* 27:1062, 1976
3. Nilsson CG, Lahteenmki P, Luukkainen T: Detection of beta-subunit of hCG in plasma of IUD users as an indication of frequency of conception. *Int J Fertil* 24:134, 1976
4. Seppälä M, Rutanen EM, Jalanko H, Lehtovirta P, Stenman UH, Engvall E: Pregnancy-specific β 1-glycoprotein and chorionic gonadotropin-like immunoreactivity during the latter half of the cycle in women using intrauterine contraception *J Clin Endocrinol Metab* 47:126, 1978
5. Marston JH, Kelly WA, Eckstein P: Effect of an intrauterine device on gamete transport and fertilisation in the rhesus monkey. *J Reprod Fertil* 19:149, 1969
6. Sagioglu N, Sagioglu E: Biologic mode of action of the Lippes Loop in intrauterine foreign body. *Am J obstet Gynecol* 106:506, 1970
7. Parr EL, Shirley RL: Embryotoxicity of leukocyte extracts and its relationship to intrauterine contraception in humans. *Fertil Steril* 27:1067, 1976
8. Oster Gk: Chemical reactions of the copper intrauterine device. *Fertil Steril* 23:18, 1972
9. Marco Bach F. – Intraconceptivos a métodos artificiales de regulacion de la fertilidad – *Medicina y Etica*. México 1993/4; 66-68
10. Smart, Cheng, et al. Early pregnancy factor as monitor for fertilization in women wearing intrauterine devices. *Fertility and sterility*, Vol 37 N, 2 – Feb. 1982
11. Dardano, K. y otros, "The intrauterine contraceptive device: an often - forgotten and maligned method of contraception", *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 181: 1 (1999), pp. 1 - 5.
12. Spinnato, J.A., "Mechanism of action or intrauterine contraceptive devices and its relation to informed consent", *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 176:3 (1997). Pp. 503 – 506

REFERENCIAS DE MIRENA®

1. Mirena Extended CCDS 2011 Bayer HealthCare Pharmaceuticals, Berlin, Germany, 22nd March 2011.
2. Ortiz ME, Croxatto HB. The mode of action of IUDs. *Contraception* 1987;36:37-53
3. Silverberg SG, Haukkamaa M, Arko H, et al. Endometrial morphology during long-term use of levonorgestrel-releasing intrauterine devices. *Int J Gynecol Pathol* 1986; 5:235-41
4. Zhu P, Hongzhi L, Ruhua X, et al. The effect of intrauterine devices, the stainless steel ring, the copper T220, and releasing levonorgestrel, on the bleeding profile and the morphological structure of the human endometrium – a comparative study of three IUDs. *Contraception* 1989;40:425–38
5. Phillips V, Graham CT, Manek S, et al. The effects of the levonorgestrel intrauterine system (Mirena coil) on endometrial morphology. *J Clin Pathol* 2003;56:305–7
6. Sivin I, Stern J. Health during prolonged use of levonorgestrel 20 micrograms/d and the copper TCu 380Ag intrauterine contraceptive devices: a multicenter study. *International Committee for Contraception Research (ICCR)*. *Fertil Steril* 1994;61(1):70-7

Genoma humano. Implicancias éticas

Dr. Enrique de Mestral

Desde que se ha logrado hallar en cada una de nuestras células somáticas la huella genética de la persona, se tuvo que escuchar las opiniones y propuestas de grupos de expertos en genética y bioética ocupados en dilucidar el camino a seguir en un futuro inmediato, para garantizar la ética, sin llegar a cortar el cauce de conocimientos y progresos aportados a nuestro mundo por la genética.

Gen es la porción de ADN con una función. Los cromosomas están compuestos por átomos ordenados en moléculas. Su objetivo es llevar la información genética de célula madre a la célula hija y de generación en generación, con capacidad de mutar, lo que garantiza la variación y la evolución genética de las especies.

El genoma es un conjunto de instrucciones, agrupadas en unidades de información denominadas genes, que conjuntamente forman los cromosomas, situados en el núcleo de cada célula del organismo humano. Todas nuestras células, desde la primera que se formó en nuestra concepción -al fundirse el gameto de nuestro padre con el de nuestra madre- hasta el total aproximado, de cien trillones que forman un organismo adulto, tienen idéntica carga genética.

Por **genoma humano** se entiende, pues, el conjunto de genes que integran el patrimonio biológico de cada individuo y que contienen las claves de la herencia. Su conocimiento, o lectura, hace posible entender los procesos de transmisión de todo tipo de características, incluidas las patológicas.

Los genes que integran el genoma humano prácticamente ya están todos patentados por los EEUU, Gran Bretaña, Francia, Alemania, Japón, y Canadá. Se sabe hoy que la diferencia genética entre todos los humanos del planeta es de apenas 0,1%, siendo el 99,9% idénticos. Con esta aportación de la secuenciación del genoma se derrumbó el mito de las razas superiores o inferiores.

El genoma humano comprende aproximadamente 50.000 genes distintos, distribuidos en 23 cromosomas, cada uno de los cuales se encuentra presente por duplicado en nuestras células, a parte de las células sexuales, que gracias a la meiosis, sólo poseen un juego de cromosomas. Cada gen tiene una posición determinada y fija en una zona dada de un cromosoma dado, y dirige la síntesis de una proteína que tiene un papel preciso en el funcionamiento del organismo. La ausencia de una proteína, o su anomalía, puede tener consecuencias nefastas; potencialmente hay 50.000 enfermedades genéticas.

Toda la información genética está codificada en la molécula de ADN, contenida en los cromosomas y formada por dos cadenas complementarias que se enrollan en doble orden o secuencia, en el que se suceden a lo largo de esta molécula los cuatro componentes químicos elementales (o nucleótidos), determinando el mensaje genético. Cada una de nuestras células contiene la totalidad de este mensaje, que contiene aproximadamente 3.000 millones de bases distribuidas a lo largo del ADN.

Aislar pedazos de este ovillo, reconocerlos, descifrarlos, es lo que hacen las técnicas actuales de ingeniería genética. Pero no se trata de un asunto sencillo; el aislamiento, el clonado de un gen especial, y la lectura del mensaje que comportan, algunos miles o decenas de miles de nucleótidos, representan meses o incluso años de trabajo de varios investigadores. La cartografía física del genoma consiste en posicionar múltiples puntos de referencia a lo largo de los cromosomas, para determinar luego el emplazamiento de los genes.

Conocer el genoma completo significa poder prevenir y curar enfermedades hereditarias que causan el 30% de la mortalidad infantil. El problema es que se haga un mal uso de esa información genética por parte de individuos, sociedades, o estados.

El Proyecto **Genoma Humano** pretende la identificación de los factores genéticos de enfermedades comunes, mejorar el diagnóstico de estas patologías, valorar los riesgos individuales de cada enfermo y evaluar su problemática, desarrollar nuevos medicamentos, y analizar la eficacia farmacológica, toxicológica, y aquellos efectos secundarios que se pudiesen presentar en cada individuo. Permitirá identificar los genes que influyen en el comportamiento, en la inteligencia, en la sociabilidad, etc.

Cuando la medicina predictiva se haya establecido será problemático determinar si es lícito reclamar el derecho a saber o el derecho a prohibir acceder a toda la información.

Preguntas éticas

¿Cómo justificar esta prohibición cuando la eliminación de la enfermedad, la prevención, el ejercicio profesional conveniente para la salud proporcionan al hombre una mejor calidad de vida y una capacidad de autodeterminación mayor que la ignorancia o el sometimiento a la naturaleza?

En este siglo XXI, ¿todos los humanos tendremos acceso a estos avances?, ¿Habrà una medicina genómica para los ricos y una medicina pre genómica para los pobres?, ¿Quién decidirá cómo utilizar la bioinformática sin violar la privacidad?, ¿Estará en peligro la supervivencia de la especie humana con la manipulación que podría escapar de su control?

¿Cuándo se forma un nuevo genoma?, ¿Tenemos derecho a elegir el genoma perfecto?, ¿Existe una secuencia "normal" o punto de referencia?, ¿Se impondrá un modelo fenotípico, "una normalidad" a la cual los padres querrán ajustar sus hijos?, ¿Quién gestionará esta información?, ¿Se producirá un empobrecimiento de la diversidad genética?, ¿Es ético patentar el genoma?, ¿Qué compañía de seguros acogerá a un individuo o grupo portador de un genoma con predisposición a enfermedades hereditarias?, ¿Qué se podrá hacer con el conocimiento preciso del genoma de un individuo?, ¿No existirá el peligro de utilizar esos datos en perjuicio de la intimidad de la persona, por ejemplo, en el mercado de trabajo, en la contratación de un seguro, etc.?

Un proyecto, cuyo fin sea eliminar toda forma de encubrimiento o destruir cualquier tipo de secreto, lleva aparejado el peligro de aniquilar la diferencia de relaciones sociales entre los hombres. En este sentido, es preciso advertir también que no sólo está justificado ocultar determinadas cosas a los demás, sino también a uno mismo. Cada individuo debe determinar racionalmente lo que quiere comunicar sobre sí mismo y a quién. A él le corresponde también decidir lo que quisiera saber sobre sí mismo.

Algunos temen ver aparecer series de tests de diagnóstico genético, que pueden entrañar discriminaciones de individuos debido a los datos genéticos así obtenidos.

Los exámenes genéticos, son éticamente justificados cuando responden a una de las finalidades siguientes: a) diagnóstico y clasificación de una enfermedad o de un problema de origen genético; b) identificación, por razones de planificación familiar, de la existencia de una predisposición hereditaria por una enfermedad o un padecimiento; c) descubrimiento de predisposiciones patológicas hereditarias en un momento donde los síntomas no han aparecido, de manera que las complicaciones graves puedan ser atenuadas o impedidas o que el resultado pueda tener una importancia inmediata para el individuo o su planificación familiar; d) consejos a parejas en lo que concierne a riesgos expuestos para su descendencia en razón de enfermedades o padecimiento de origen hereditario.

La meta a medio plazo del proyecto genoma humano es construir un mapa completo de cada uno de los 24 cromosomas distintos que constituyen nuestro material genético.

Terapias génicas: aplicación al hombre de las técnicas de ingeniería genética con el objetivo de curar enfermedades de origen genético, también enfermedades no hereditarias, como el cáncer. Ella se realiza mediante la introducción de un gen funcional en células somáticas con la intención de curar una enfermedad. Hay 4.000 enfermedades monogénicas (hemofilia, fenilcetonuria, distrofia muscular, fibrosis quística). Se trataría de localizar el gen defectuoso y sustituirlo por otro correcto. El Comité Internacional de Bioética de la UNESCO ha reconocido que la terapia genética somática es útil para aliviar varias enfermedades genéticas y adquiridas, incluyendo el cáncer.

La terapia génica somática elimina o reduce defectos genéticos presentes a nivel de células somáticas, las células no reproductivas que componen los órganos y tejidos del cuerpo. La terapia génica germinal apunta a corregir defectos genéticos presentes en células de la línea germinal y pueden eventualmente transmitirse a la descendencia. Esta última es por el momento ilícita, pues el estado actual de la ciencia no permite asegurar que habrá sólo beneficio.

Antes de aplicar estas terapias se debe estar seguro que no se producirá un daño en la salud o integridad física y que no habrá efectos excesivos o desproporcionados con respecto a la gravedad de la patología que se quiere curar. El paciente debe dar previamente su consentimiento informado.

Hay **aplicaciones científicas** (control de expresión génica, mecanismos de diferenciación y especialización, procesos inmunitarios), **informativas** (la predisposición para adquirir ciertas enfermedades, o las aptitudes para desarrollar determinado trabajo, identificación inequívoca con fines policiales), **terapéuticas** (curar enfermedades insertando el gen sano o modificando la expresión de los genes nocivos, se sustituyen genes defectuosos en células de un tejido o de un órgano), **eugenésicas** (intentar obtener individuos con determinadas características, modificar factores genéticos que afectan a la dimensión espiritual e intelectual del individuo, como: la personalidad, la inteligencia), **terapias génicas en la línea germinal** (modificar la descendencia), **manipulación genética de mejora o perfectiva** (obtener una mayor estatura).

En cuanto a la investigación clínica, el 60% se dirige al tratamiento del cáncer, 25% a enfermedades genéticas; 10% al, SIDA y otras, como : artritis reumatoide, o enfermedades vasculares periféricas.

Aspectos éticos.

Lo primero es respetar la dignidad de la persona humana. El hombre no es un objeto, una cosa, o un medio para conseguir otros objetivos. No puede ser tratado de esa manera en el laboratorio. La alteración o manipulación genética entraña el riesgo de deteriorar la identidad de una persona. La intervención genética no tiene el mismo sentido que otro tipo de intervenciones médicas. En ellas no está simplemente en juego la vida o la muerte, está en juego también la propia identidad personal. ¿Puede ser lícito deteriorarla o cambiarla?

La lectura del genoma humano conlleva el peligro de utilizar indiscriminadamente sus resultados, ofendiendo así el derecho a la intimidad de las personas. Este peligro ha de ser conjurado previamente mediante controles éticos y disposiciones legales.

En todo caso, un principio debe ser mantenido de forma clara y absoluta: la inviolabilidad del genoma humano, es decir, no se puede éticamente alterar el genoma propio de la especie humana.

Es de esperar que los riesgos apuntados serán obviados por la competencia y responsabilidad humana, y, en todo caso, compensados por los beneficios para la humanidad, sin caer en la manipulación de las personas, en particular de las menos favorecidas.

La perspectiva de una manipulación genética con fines de mejoras individuales (medicina predictiva)

La medicina experimentará una profunda transformación al poder descubrirse la base genética de muchas enfermedades hoy catalogadas de "idiopáticas"; nuevos textos y nueva información médica tendrán que ser servidas y facilitadas a los profesionales de la medicina para familiarizarse con las nuevas tecnologías y métodos de trabajo. Serios problemas éticos tendrán que afrontar los profesionales dedicados al consejo genético cuando dispongan de marcadores genéticos que permitan establecer el diagnóstico prenatal de una enfermedad, que hará su aparición 40 ó 60 años después del nacimiento, como las enfermedades de Huntington y Alzheimer. ¿Cómo se puede proteger la confidencialidad de las informaciones genéticas y la vida privada del individuo?, ¿Cómo se puede prevenir toda la discriminación genética de parte de los empleados y de las compañías de seguros?.

El Comité Nacional de Ética de Francia ha aconsejado que la utilización de las técnicas de identificación por análisis de ADN se reserve a laboratorios autorizados, cuya competencia se haya demostrado tras controles exigentes de calidad y que no puedan realizarse más que por orden judicial.

Necesidad de nuevas disposiciones

En lo legal, tendrán que formularse nuevas leyes, no sólo reguladoras del uso de la información genética, sino también disposiciones adicionales de quien está capacitado para la manipulación clínica del genoma humano y quien no. También la ley tendrá que intervenir con respecto a aquellos que por razones genéticas sean apartados de sus puestos de trabajo, se les niegue un seguro de vida si poseen cierta predisposición a ciertas enfermedades, como las cardíacas, o se les encarezca su contribución a la Seguridad Social por alto riesgo de enfermedad. Las situaciones se complican en el caso de regímenes de seguro de vida, seguro de incapacidad, y de retiro, ya que tales regímenes no corresponden a una misma necesidad social que los regímenes de seguro del enfermo. El problema es encontrar un equilibrio entre los intereses financieros legítimos de la compañía de seguros y los intereses de las personas aseguradas, las cuales desean, entre otras cosas, la protección de su vida privada. Las compañías de seguros-tanto del ámbito sanitario como en los seguro de vida- ¿podrán exigir esta prueba del mismo modo que en la actualidad piden otros datos médicos?, ¿cuáles serían las repercusiones de suministrar datos así (abaratamiento de las pólizas para algunos, la exclusión de la cobertura para otros)? De hecho, las consecuencias variarían dependiendo del sistema sanitario de cada país.

La ley debe regular el uso de la manipulación genética en los laboratorios con fines científicos, en los Departamentos de Defensa con fines bélicos y en la industria farmacéutica con fines comerciales. Y una vez que todo esté bien regulado, todavía habrá que preguntarse si realmente cualquier abuso de la manipulación genética está bajo control, ya que entre los abusos, uno de lo más intolerables podría ser la programación biomédica y política de una “nueva eugenesia”, y en consecuencia, alguien imbuido de una ideología totalitaria puede crear razas de soldados o de esclavos. La tentación eugenésica, cierto que con intermitencias, ha sido una constante en la historia de la humanidad. Este ideal perfeccionista tuvo que pasar previamente por procedimientos expeditivos tendientes a impedir el nacimiento, la supervivencia o la reproducción de seres imperfectos, tales cómo: eliminación de recién nacidos, aborto, o esterilización impuesta de individuos considerados atávicos o mentalmente anormales. De estas prácticas de eugenesia negativa la esterilización llegó a ser impuesta coercitivamente por jueces o legislaciones eugenésicas durante la primera mitad del siglo pasado, tanto en regímenes totalitarios como democráticos. Pero hoy asistimos a la nueva eugenesia-la neo eugenesia-, que se sirve de los conocimientos tan precisos que permiten obtener los análisis genéticos, y ya ha dado lugar en nuestros días a la prohibición de matrimonios si se comprueba que podrían nacer hijos con taras o enfermedades mentales graves.

Bibliografía

- 1) Casero, V. El proyecto genoma humano. Sus ventajas, sus inconvenientes y sus problemas éticos. Europa cautionus over genetic trial". BMJ 1995; (310): 213
<http://www.aebioetica.org/rtf2/09Vidal.rtf>
- 2) Aschheim, E. Genome ethics. Nature 1991; (353): 598.
- 3) M. Glass R. Les conference explores ethical aspects of large pedigree genetic research. Jama 1992; 267 (16): 2158
- 4) Pásaro Méndez, E.; Fernández García, M^a. Terapia génica y Bioética. Cuadernos de Bioética 1995; (22): 170-6
- 5) Fuentes, M.A. Es ético el Proyecto del Genoma Humano?
<http://es.catholic.net/abogadoscaticos/449/950/articulo.php?id=4428>
- 6) Acurra, M. Curso de Especialización en Bioética, FCM – UNA, 2008.

Enfermedades genéticas y elección de género

Dr. Enrique de Mestral

Por enfermedades genéticas se entienden aquellos trastornos debidos a: alteraciones en un sólo gen (mongénicas), las anomalías cromosómicas, las malformaciones congénitas, la herencia poligénica presente en muchas enfermedades comunes, las alteraciones del ADN mitocondrial, y las alteraciones debidas a mutaciones en células somáticas. Estas afectan al 5% de la población. La mayoría de las formas de cáncer son el resultado de anomalías que se producen en nuestro genoma, la mayor parte de las cuales no se transmiten en la descendencia.

Para muchas afecciones de transmisión hereditaria se utilizan los consejos genéticos. Éstos pueden informar el porcentaje de riesgo de padecer alguna enfermedad en la descendencia, y pueden dar la propuesta de evitar la descendencia hasta la eliminación de embriones o fetos en los cuales se haya detectado alguna anomalía cromosómica o mal formativa.

Existen unas 350 enfermedades ligadas al sexo, muchas de las cuales pueden ser muy invalidantes o fatales. Ocurren cada 1.000 nacimientos. En la mayoría de los casos, con respecto a estos desórdenes, son las mujeres las portadoras, pero son expresados en los varones.

En una ética utilitarista, la única manera de estar seguros de no tener un chico afectado por una afección, hemofilia por ejemplo, es continuar con los embarazos de fetos femeninos únicamente. Esta preselección de sexos puede evitar así el drama para las parejas que tengan que luchar entre terminar o no un embarazo de un varón que pueda o no tener la afección.

Estos métodos de selección de sexo van desde dietas ricas en sodio y potasio, para concepciones masculinas, y ricas en calcio y magnesio, para concepciones femeninas; elección del momento de la relación sexual sabiendo que los espermatozoides portadores de Y se mueven más rápido; la separación espermática por diferentes métodos (FISH hibridización por fluorescencia in situ, los espermatozoides portadores de Y nadan más rápido y se encuentran en una capa diferente del sobrenadante, los portadores de X quedando más abajo, filtros de Percoll, filtración de esperma a través de columnas de soluciones albuminoides a diferentes concentraciones, etc.), hasta los diagnósticos genéticos pre implantatorios.

En países desarrollados ya se hacen estos diagnósticos genéticos pre implantatorios, es decir que se selecciona ya el sexo deseado luego de la fertilización in vitro y antes de la implantación en el útero materno. Puede realizarse por biopsia celular y análisis genético del cariotipo, o por PCR (reacción en cadena de polimerasa) para identificar un alelo específico.

Estos métodos necesitan de una fertilización in vitro o una inseminación intra uterina. La obtención de semen es necesaria para el proceso de separación.

Analizando el problema sólo desde el **punto de vista utilitario** ya surgen inconvenientes. ¿Quiénes deben tener acceso a estas técnicas?, pues son muy costosas y puede ser que con el tiempo, la aparición de estas anomalías cromosómicas en niños nacidos sea un estigma de nivel socio económico. Otro aspecto sería la modificación posible de la proporción natural en la población entre hombres y mujeres que es de 106 hombres para 100 mujeres. En China está la política nacional de una pareja un hijo; al cabo de 20 años de su implantación ya se llegó a 119 hombres por 100 mujeres. Otro problema más, ¿cuál sería el daño hecho a los hijos, cuyos sexos fueron elegidos, que no llenen después las expectativas de los padres en cuanto al comportamiento esperado del sexo elegido?.

Desde el **punto de vista de una ética personalista**, los escollos son insalvables, pues la inseminación in vitro, la selección de sexo, el desecho de embriones sobrantes, la eliminación de embriones o fetos con las anomalías detectadas, no corresponde a la filosofía de respeto a la condición humana, sea cual fuere su desarrollo o su manifestación fenotípica.

Ver también en el capítulo referente a Diagnósticos pre natales, el tema de las hemoglobinopatías y análisis ético de su diagnóstico.

Bibliografía

- 1) www.utdol.com. Ethics: Gender selection
- 2) American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Ethics. Sex selection. In: Ethics in Obstetrics and Gynecology, 2nd ed, American College of Obstetricians and Gynecologists, Washington, DC 2004.
- 3) Ethical considerations of assisted reproductive technologies. By the Ethics Committee of the American Fertility Society. Fertil Steril 1994; 62(5 S1):1S-125S
- 4) Dawson, K.; Trounson, A. Ethics of sex selection for family balancing. Why balance families?. Hum Reprod 1996; 11:2577.

Utilización de células madre para investigación

Dr. Enrique de Mestral

Los conocimientos adquiridos en los últimos años han abierto nuevas perspectivas para la medicina regenerativa y el tratamiento de las enfermedades de origen genético. Se ha suscitado un gran interés sobre la investigación sobre células troncales.

Celulas Madre o Troncales

Son células indiferenciadas que poseen dos características fundamentales: la prolongada capacidad de multiplicarse sin diferenciarse, y la capacidad de dar origen a células progenitoras de tránsito, de las que descienden células sumamente diferenciadas, como: músculos, tejido nervioso o hemático.

Las células madre pueden ser extraídas de células embrionarias o de células troncales de la medula ósea, del cordón umbilical, del cerebro, del líquido amniótico, y del hígado.

Las células troncales pueden ser utilizadas para formar diferentes tejidos de las tres capas (ecto, meso y endodermo). Éstas no plantean problemas éticos, pues no forman embriones. Para la utilización de las células embrionarias es preciso dañar o destruir un embrión vivo.

El embrión no es un racimo de células, sino un individuo real que tiene una secuencia coordinada bajo el control del nuevo genoma, una continuidad ininterrumpida y progresiva.

La destrucción de embriones para obtener sus células madres embrionarias es injustificable desde un punto de vista ético personalista, pues supone dar más valor a la vida de un adulto enfermo que a la de un embrión. Provocar la muerte de uno para salvar a otro es inadmisibile.

Fertilización in Vitro

Para la fertilización in vitro, se fecundan varios óvulos (unos diez) extraídos por laparoscopia luego de estimulación hormonal y se los fecunda con esperma del cónyuge o de un donante de semen. Luego, se eligen los mejores cigotos (unos tres) para ser implantados en el útero, pues el hecho de desarrollar el embrión durante sus primeros días fuera del útero de la madre impide que se dé el reconocimiento a nivel molecular entre madre y embrión, y provoca que la transferencia de un único embrión no suela culminar en la implantación de éste.

Los demás son congelados en espera de los resultados de los implantados. Si ellos continúan un embarazo normal, los congelados se usarán en investigaciones, o serán descongelados en algún momento. Esta sería la postura de una **ética utilitarista**.

En este procedimiento se busca un buen fin, que es el dar un embarazo a aquellos matrimonios que no pueden lograrlo naturalmente. Sólo que, desde el **punto de vista de la ética personalista**, los medios necesarios son inaceptables éticamente, pues hay una elección de los mejores a ser implantados y hay una reserva de otros que podrán ser utilizados o no. **La ética normativa y personalista** defiende la dignidad de la persona desde la concepción hasta la muerte natural.

Las gestaciones inducidas por reproducción asistida tienen mayores alteraciones estructurales de las placentas. Al año de edad los defectos congénitos graves en estos niños suponen un 9% frente al 4,2% en los niños naturales. El riesgo de bajo peso también es mayor. Otro problema ético es el **diagnóstico preimplantatorio** antes del traslado al útero materno de embriones sin defectos, o con un sexo determinado, o con algunas cualidades particulares. Esta mentalidad abre el camino al infanticidio y a la eutanasia. Tanto la enfermedad como la discapacidad pertenecen a la condición humana.

La transferencia de varios embriones al útero puede dar embarazos múltiples. La **reducción embrionaria** es una intervención para reducir el número de embriones o fetos presentes en el seno materno; se trata, en realidad, de abortos selectivos.

Tanto la fecundación natural, la asistida, y la clonación producen un cigoto. De entrada no habría ningún motivo racional para negar a los embriones obtenidos por clonación los mismos derechos que tienen los obtenidos por fertilización in vitro, o por el proceso natural de la fecundación humana. Los embriones de los tres orígenes tienen las mismas células totipotenciales que los componen.

Últimamente está de moda la definición del embarazo desde la implantación del producto de la fecundación en el útero, quedando unos 4-6 días previos a esa implantación en una indefinición, justamente para permitir el desarrollo y la aceptación de estas nuevas técnicas.

Inyección Intracitoplásmica de Espermatozoides (ICSI)

Por su eficacia, esta técnica es la más utilizada y puede superar diversas formas de esterilidad masculina. Aquí existe un control eugenésico innegable al elegir los espermatozoides más aptos .

Clonación

Es la reproducción asexual y agámica de la totalidad del organismo humano, con el objeto de producir una o varias copias substancialmente idénticas, desde el punto de vista genético, al único progenitor.

Existen dos clases de clonaciones, que son: la “clonación reproductiva”, que no tiene mucho interés, pues el nuevo ser nace con la edad del clonado. En ésta hay una fijación arbitraria de la sustancia hereditaria, en oposición a la estrategia dominante en la naturaleza. Además, habría demasiadas malformaciones.

En la “clonación terapéutica”, ese proceso de desarrollo se interrumpe intencionalmente, pues se crea voluntariamente un embrión humano para destruirlo después, con el fin de extraer células madre embrionarias.

Desde el punto de vista ético, este procedimiento es aún peor. Aceptarlo implicaría aceptar una igualdad radical entre la especie humana y las demás (P. Singer). Rechazar la posibilidad de matar una vida humana para curar otras vidas humanas no procede de una posición específicamente religiosa, sino de la fuerza de argumentos y razones de buen sentido, y de la fuerza de una antropología coherente y de una bioética personalista. Existe la posibilidad de instrumentalizar a la mujer como prestadora de óvulos y del útero.

La Bioética debe velar por el respeto de la dignidad de la vida humana y cuidarse de una ciencia sin valores. No debe buscarse en la ciencia y la tecnología sucedáneas al sentido de la vida.

La clonación terapéutica viola dos principios fundamentales del hombre: el de la igualdad entre los seres humanos, y el de no discriminación.

Hibridación

Últimamente se piensa utilizar óvulos de primates (a fin de evitar la hiperovulación provocada en mujeres), para la reprogramación de los núcleos de las células somáticas humanas. Esto se llama clonación híbrida, cuyo fin es extraer células troncales embrionarias. Esta mezcla de elementos genéticos humanos (46 cromosomas de la célula somática) introducidos en óvulos de primates (con material genético mitocondrial del citoplasma ovular) es capaz de alterar la identidad específica del hombre, lo cual es moral y deontológicamente inaceptable.

Material Biológico de Origen Ilícito

Para la investigación científica y la producción de productos se usan líneas celulares que son el resultado de intervenciones ilícitas contra la vida o la integridad física del ser humano. Sería el caso de utilización de fetos abortados. Aquí, el llamado criterio de independencia (donde el equipo que utiliza las células no tiene nexos con el equipo que produjo el aborto) no es suficiente.

Bibliografía

- 1) Tettamanzi, D. Nuova bioética cristiana, Piemme, Casale Monferrato 2000, pp. 235-268;
- 2) Ciccone, L. Bioética. Storia, principi, questioni, Ares, Milán 2003, pp. 61-80;
- 3) Barra, R. C. Status giuridico dell'embrione umano, en Lexicon. Famiglia, vita e questioni etiche, EDB, Bolonia 2003;
- 4) Sgreccia, E. Manuale di bioética (vol. 1), Vita e pensiero, Milán 1998, pp. 361-422;
- 5) Caffarra, C. Il problema morale dell'aborto, en AAVV (a cargo de A. Fiori, E. Sgreccia) L'aborto, Vita e pensiero, Milán 1975, pp. 313-320. www.bioeticaweb.com
- 6) <http://es.catholic.net/abogadoscatolicos/449/945/articulo.php?id=14859>

Aspectos éticos y científicos de la Fertilización in vitro y transferencia del embrión (FIVET)

Dra. Julia Rivarola

Procedimiento

Se produce la estimulación ovárica a fin de inducir una ovulación múltiple con clomifeno u otros. Se recoge semen del marido o del donante por masturbación y se elige el más adecuado. Se recoge los múltiples óvulos por vía transvaginal bajo control ecográfico. Se unen los espermatozoides y los óvulos en una probeta en un medio apropiado de cultivo. La mitad e los embriones, de 8 a 16 células, se implantan a través de laparoscopia. El resto se crioconservan. Se hace reposo de 24 horas en el hospital y de 4 a 5 días en el domicilio y a los 12 días se empieza a dosar gonadotrofinas coriónicas humanas a fin de evaluar si se embarazó la mujer. En muchas oportunidades las gonadotrofinas coriónicas humanas se elevan y luego disminuyen, indicio de que ha habido un aborto y se vuelve a realizar de nuevo todo el procedimiento. Los futuros progenitores deben saber, dentro del principio de autonomía, los riesgos y los aspectos éticos que comprometen la FIVET.

Riesgos de la FIVET

A) Para la madre. 1. Síndrome de hiperestimulación ovárica: producen náuseas, vómitos, diarrea, ascitis, hidrotorax disnea, hipercoagulación, deshidratación, complicaciones renales, trombosis y si se producen esas trombosis en órganos viales produce la muerte. También puede producir cefalea, parestesia, paresia, insuficiencia hepática y renal, y el síndrome de insuficiencia respiratoria del adulto. 2) Cáncer mamario. Se ha relatado en una estadística 16 casos/950 FIVET y en otra 16 casos/10.358 FIVET. 3 Cáncer de ovario. 4 La laparoscopia puede producir dolor abdominal, infección, perforación del útero, trompas, intestino, hemorragias, complicaciones de anestesia (reflujo gastropulmonar, edema pulmonar, hipotensión, daños neurológicos), neumoperitoneo, neumotorax, rotura de los grandes vasos, intestino, estómago, vesícula, bazo y útero. 5 Embarazos de alto riesgo: hipertensión arterial, embarazos múltiples donde puede ocurrir hipertensión, anemia, hemorragias, rotura prematura de membranas y en estos casos dos de embar múltiples se puede llegar al aborto selectivo o "reducción fetal".

Esto realiza introduciendo con una aguja cloruro de sodio o cloruro de potasio en la cavidad cardiaca **produciendo** la muerte de ese feto, y a veces también la muerte de los otros fetos. Puede producir prematuridad, mortalidad perinatal, malformaciones fetales, infecciones, septicemia, hemorragias, rotura de membrana y trastornos psicológicos en la madre. También puede ocurrir embarazos ectópicos.

B) Para el embrión o feto. 1) Infecciones de los gametos durante las fases de cultivo y transferencia. 2) Dificultades de la implantación en el útero. 3) anomalías cromosómicas y de órganos como el sistema nervioso, urogenitales, de las extremidades, espina bífida, transposición de los grandes vasos. 4) Prematurez. 5) Por lo tanto, el consentimiento no es suficientemente informado, pues se debe relatar a la pareja todos estos riesgos.

Ética de la FIVET

Desde el punto de vista personalista los dos significados del acto sexual consisten en el amor donativo y la apertura a la vida. A través de sus cuerpos, los esposos consuman el matrimonio y pueden llegar a ser padres y madres, por lo tanto, la procreación de una persona humana debe ser fruto y el término del amor conyugal; no reducirlo a ser objeto de una tecnología científica.

El acto procreativo en el ser humano es un acto personal que da origen a una persona y no sólo a un organismo biológico. El móvil no debe ser el deseo/dominio, sino un ambiente de persona a persona donde el "nasciturus" está protegido por la única actitud que cabe hacia el ser humano: el amor. El hijo no es algo debido y no es objeto de propiedad, es un don que da testimonio de la recíproca donación de los padres

El matrimonio tiene derecho a tener relaciones conyugales, expresión del amor, y como consecuencia en muchas oportunidades se conciben los hijos. "No tenemos derecho a tener hijos, sino que el niño tiene derechos".

Por lo tanto la FIVET es antiética, en una visión personalista, porque: 1) Lesiona los derechos del hijo a ser concebido por sus padres. También puede ser concebido por una mujer soltera, viuda, de otras opciones sexuales, de un padre post-mortem o de una mujer fuera de la edad normal. 2) Lo priva de la relación filial con sus orígenes paternos. Le quita el derecho de tener padres conocidos y a ser formado y educado en una familia heterosexual. 3) Puede dificultar la maduración de su identidad personal. 4) Ofende la vocación común de los cónyuges a la maternidad y paternidad; priva objetivamente a la fecundada conyugal de su unidad. 5) Manifiesta una ruptura entre paternidad genética, gestacional y educativa. 6) Es fuente de discordias, desórdenes e injusticias en la vida social y civil. 7) Costo psicológico y económico alto. 8) 50 % de embarazos múltiples. 9) 40 % de prematuridad. 10) Gran pérdida de embriones. En una estadística de 30.000 nacidos sobre 660.000 embriones o sea se obtuvo 4,5 % de nacidos vivos. En otra estadística se ha obtenido 600 nacidos vivos sobre 14.585 cigotos.

La crioconservación comporta una violación a la dignidad del ser humano, además hay una pérdida del 25 % cuando son descongelados. Para tener un hijo en un intento, 9 quedarán en el camino. Para obtener un hijo con embriones congelados, 19 quedarán en el camino. En una evaluación de reproducción asistida: Registro Latinoamericano

(Redlara) 2003, se dan los siguientes resultados cuantitativos: sobre 59.670 embriones transferidos nacieron 5.887 niños, eso constituye un 9,8%. 11) No se cura la esterilidad.

Opciones a la FIVET

- 1) Decidido empeño de luchar y curar la esterilidad con una verdadera terapia que devuelva al organismo humano su integralidad y su funcionalidad.
- 2) Suscitar la adopción.
- 3) Realizar tareas educativas o de ayuda a otras familias, a los niños pobres o discapacitados.

Bibliografía:

- 1) Instrucción sobre el respeto a la vida humana naciente y la dignidad de la procreación. Congregación de la doctrina de la Fe – Edic. Paulinas. Buenos Aires 1987.
- 2) Fecundación in Vitro y estatuto del embrión. Cuadernos de Bioética. Nº 21 – 1995 – Galicia.
- 3) Di Prieto, M, Menacorí, R. Sarmiento, P. ¿Cuál es el riesgo de las técnicas de fecundación artificial? en Medicina y Ética. Universidad Anáhuac – 1991/1
- 4) Sgreccia, E. - Manual de Bioética. I. Fundamentos de Ética Biomédica. - Ed. Loyola - San Pablo, 2002. Pp. 399 - 466.
- 5) Fecundación In Vitro y Clonación, Cuadernos de Bioética. Nº 64. Vol. XVIII, 3ª 2007. Pp. 395 - 436.
- 6) Lucas Lucas R., Comentario Interdisciplinar a la "Evangelium Vitae". Bib. de autores cristianos. Madrid, 1.996. Pp. 599 - 616.
- 7) Mancini, A., "Nuovi problemi derivanti dall'impiego delle tecniche di fecondazione artificiale", Medicina e Morale 56:4 (2006), pp. 719 - 741.
- 8) "Fecondazione artificiale e crioconservazione degli embrioni", Medicina e Morale 56:4 (2006), pp. 13 - 40.
- 9) VANDELAC, L., "La cara oculta de la procreación artificial", Mundo Científico 96 (1989), pp. 1120 - 1128.
- 10) Franca- Tarragó O., Bioética en el principio de la vida. Ed. Paulinas. Buenos Aires, 2008. Pp. 153 - 182.

Ética y sexualidad

Dr. Enrique de Mestral

Sexualidad: Es la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales, y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación, y el amor.

Tratar el tema de la sexualidad en una sociedad pluralista, donde se predica el relativismo ético (cada cual defiende sus ideas al respecto y, a menudo, las minorías son avasalladas por las ideas de la mayoría) puede ser delicado.

Se toma como “normal” no lo que dice la norma, sino lo que dice o hace la mayoría. Lo “normal” así planteado es entonces “lo bueno” y, por tanto, lo deseable, e incluso exigible.

Debemos tener en cuenta que muchos piensan que la calidad de vida es más importante que la vida misma (o al menos que la vida de los demás, para justificar el aborto, la eutanasia).

Se termina imponiendo esquemas de pensamiento, modelos de conducta, estilos de consumo, e influencias negativas a las que la sexualidad no ha escapado.

“La sexualidad, al estar en todo (música, filmes, revista, libros, telenovelas, y comerciales) y mediarlo todo, se hace nada, se la banaliza. Ocurre entonces que las relaciones interpersonales experimentan un notable empobrecimiento. Ambos se “usan” mutuamente para satisfacerse a sí mismos, al punto de que muchas veces no pasan de relaciones “interindividuales”, en las que cada uno de los miembros de la pareja (si es que puede a este tipo de unión dársele tal calificativo), instrumentaliza a su compañero. En tal contexto, al disociarse el amor de la sexualidad no se le da cabida al compromiso, cerrándose, por ende, a lo que ellos denominan “ataduras”, tales como: el matrimonio y la fertilidad” (Santos Hernández). “La procreación se convierte entonces en el enemigo que es preciso combatir a toda costa y como sea” (Evangelium Vitae).

En cuanto a la educación sexual, debemos, sin embargo, respetar la sensibilidad individual en este particularísimo aspecto de las personas. Una información sexual exclusivamente biológica en la escuela, sin valores morales, es una total catástrofe para nuestra juventud.

En realidad, la única solución está en la educación sexual que no debería limitarse a la información de cómo evitar embarazos y ETS (enfermedades de transmisión sexual). Con este enfoque ya se pone la vida por nacer al mismo nivel que las enfermedades de transmisión sexual. Esta educación debe tratar temas como: la responsabilidad, la fidelidad, la apertura y defensa de la vida, el amor, la castidad (que no es otra cosa que el uso adecuado de la sexualidad), el valor de la familia y el matrimonio.

El enfoque hedonista privilegia una plena libertad en el campo de la sexualidad, liberándose de todo tipo de “ataduras” morales, religiosas, los denominados prejuicios y tabúes culturales.

Enfoque antropológico-cultural. Se fija en las normas establecidas por la sociedad, en una situación socio-histórica, cultural y política determinada. Lleva al relativismo ético al fijarse en las normas, que son cambiables, y no en los valores, que las fundamentan, los cuales son más estables, universales, y consistentes (justicia, paz, solidaridad, respeto a la dignidad del ser humano).

Enfoque personalista. Perspectiva afectivo-sexual a partir de los valores, capacitando al sujeto para el discernimiento en situaciones reales y concretas ante las cuales se verá en la vida.

Mediante esta educación sexual se deberá propiciar el descubrimiento del significado antropológico y teológico pluridimensional de la sexualidad humana, de modo que la persona sea capaz por sí misma de encontrar en su sexualidad un conjunto de sentidos existenciales, los cuales, desde la libertad como realización de la verdad en la responsabilidad, contribuyan a su realización y planificación humana, única fuente de la verdadera felicidad.

La sexualidad en el reino animal está destinada a la procreación y dirigida por los instintos. Ella no se manifiesta fuera de los períodos de reproducción para cada especie. La sexualidad humana está también relacionada con los instintos y la procreación, pero además ella está integrada con la responsabilidad, la unión estable, y el amor de los cónyuges.

La sexualidad compromete a la persona, quien no puede ser utilizada para saciar los deseos del otro. La dignidad del ser persona exige el acuerdo mutuo y, más aún, el amor.

Paternidad responsable según distintas concepciones:

Una de ellas: “preocuparse por su descendencia, usar la contracepción para liberar a sus compañeras de la carga biológica de la sexualidad, y practicar comportamientos seguros para protegerse a ellos mismos, a sus compañeras, y a sus familias, de las enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el VIH” (Fondo de población de las Naciones Unidas) 1996:8; Bruce, J. y otros, 1998).

En la visión de un personalista, el Dr. Luis Jensen, de la Universidad Católica de Chile, sería: “Una misión de los esposos, una consecuencia del amor humano, un fruto del matrimonio. La necesidad de regular la fecundidad es una urgencia de nuestro tiempo, desarrollando testimonios de la integración del amor unitivo, y procreativo y el verdadero significado de paternidad, un llamado a la vocación al amor personal. El concepto de responsabilidad incluye la ponderación para optar por el bien, respuesta voluntaria y libre, asumir todas las consecuencias de la dignidad de los actos humanos”.

Distintos aspectos científicos que conforman la sexualidad:

Sexo genético o cromosómico está constituido por el cariotipo humano. Este sexo determina los demás componentes biológicos del sexo. “El sexo nace antes que nosotros. Somos varones o mujeres el día de la concepción.” (G. Marañón). Las células somáticas tienen una dotación cromosómica completa, se las llama diploides, que en la mujer tienen 44 cromosomas somáticos más los dos sexuales XX. En el hombre se dan 44 cromosomas somáticos y dos sexuales XY.

Las células germinales (espermatozoides y óvulos) tienen la mitad de los cromosomas, en la mujer 22 somáticos y el sexual X. En el hombre, los 22 somáticos y el sexual que puede ser X o Y. Si se unen el óvulo (siempre X) + Espermatozoide (X), dará una mujer. Si se unen el óvulo (siempre X) con un espermatozoide Y, dará un varón.

El **sexo cromatínico** está dado a los 12 días (corpúsculo de Barr, visible al microscopio, y que delata el sexo femenino). El **sexo gonadal** (ovarios y testículos) es detectable a la semana séptima. El **sexo genital** (formaciones embrionarias de los cuerpos de Muller y Wolf) es detectable a los 2 ½ a 3 meses. El **sexo civil** (social), al nacer. El **sexo psicológico**, a los 18 a 24 meses. El **sexo hormonal** se da en la pubertad por los estrógenos y la testosterona.

Señalemos también las **parafilias o desviaciones sexuales**, aunque una de ellas, como es el caso de la homosexualidad, ha sido sacada del listado de enfermedades. Aquí sólo los enunciamos como fuente de conflictos con la ética.

Las parafilias son un conjunto de comportamientos voluntarios desviados, ya sea como anomalías del desarrollo sexual o desviación anómala del instinto y comportamiento sexuales. No tienen base patológica, malformativa, o endocrina.

Desviación a alejarse de la normalidad. Para que subsistan deben darse otras condiciones: estado de desviación, situación que se aparta o desvía de la normalidad heterosexual, y esto causa malestar, al menos en los demás.

Algunas de ellas son:

Transexualidad: condición por la cual existe en el individuo una pulsión psicológica a pertenecer al sexo opuesto al real y que corresponde a su sexo genético, fenotípico y anagráfico. Existe el deseo de modificar los genitales o los atributos secundarios. Es sociopsicogénico.

Homosexualidad: un individuo que siente atracción por individuos del mismo sexo, con los que puede tener o no relaciones sexuales. Acepta sus órganos genitales. Tiene mucho que ver el ambiente educativo familiar, los grupos sociales que se frecuentan.

Para muchos puede ser un camino evolutivo y doloroso al tomar conciencia del hecho; experiencia de soledad, sensación de desprecio y persecución por los demás. Está toda la problemática del acercamiento a individuos homosexuales (grupo de “diferentes”). Surgen reacciones agresivas hacia quien es responsable de su marginación social.

Lo más efectivo son las intervenciones para prevenir su aparición (armonía familiar educativa). La psicoterapia, a los que se sienten molestos por su realidad, puede recuperarlos en el plano de los valores sociales y morales. Se debe tener una actitud de comprensión y compasión. Esto no significa compartir el comportamiento homosexual.

Voyeurismo: perversión por la cual se busca la excitación contemplando a otras personas o parejas en su intimidad.

Exhibicionismo: consiste en el impulso a mostrar los órganos genitales.

Fetichismo: perversión en la que el paciente asocia sus sensaciones eróticas con objetos de la persona amada.

Sadismo: tendencia perversa del comportamiento sexual por el cual el placer se obtiene por el sufrimiento o la mortificación provocada al otro.

Masoquismo: perversión sexual en la que el placer va ligado a sufrimientos experimentados por el propio sujeto. Comportamiento de autodestrucción.

Pedofilia o Pederastía: atracción sexual hacia los menores.

Necrofilia: atracción sexual por los cadáveres.

Zoofilia: atracción sexual hacia los animales.

En la visión personalista, estas desviaciones irían en contra de las leyes naturales al no estar orientadas a la procreación, ni al amor humano.

Bibliografía

- 1) Santos Hernández, A. M. La educación afectivo-sexual en los valores. <http://es.catholic.net/sexualidadybioetica/341/769/articulo.php?id=5191->
- 2) Erazquin, A. Universidad Austral. Buenos Aires.

Final de la vida

Transplante de órganos

Dra. Imelda Martínez de Núñez

En los tiempos de hoy han sido grandes los avances alcanzados en el campo de las ciencias biomédicas, de modo que los problemas técnicos y de rechazo de órganos han sido prácticamente superados en muchos casos. Así, el trasplante de órganos es uno de los medios terapéuticos muy válidos al alcance de la medicina que puede ofrecerse a muchos pacientes, que de otro modo están condenados a la muerte. En otros casos el trasplante de órganos mejora indudablemente la calidad de vida de muchos pacientes.

Cabe notar que la problemática del trasplante de órganos tiene una característica muy especial, y es única. Y es que para realizarse requiere de la solidaridad de toda la sociedad, y en especial de los donantes y de sus familias, además de ciertos estamentos sociales, por la complejidad del proceso de donación y trasplante (1). Por todas estas razones, el procedimiento de trasplante de órganos está teñido de numerosos aspectos éticos que es necesario resolverlos para obtener calidad en los mismos. Este procedimiento, como todo acto humano libre debería, por tanto, estar siempre en concordancia con las normas de la Bioética, definiéndose ésta como el estudio científico y sistemático de la conducta libre del hombre, en el campo de la salud y de la vida a la luz de los valores y principios morales (2).

Pero, ¿cuál es el significado de los trasplantes de órganos? Es el procedimiento médico mediante el cual, se extraen los tejidos de un cuerpo humano y se reimplantan en el mismo o en otro, con el propósito de que el tejido trasplantado, realice en su nueva localización la misma función que realizaba previamente (3).

Recordamos que pueden distinguirse 3 tipos de trasplantes:

1. Autotrasplantes: los que se realizan en el mismo individuo, por ejemplo, trasplantes de piel, de huesos, de tejido vascular, de células madres hematopoyéticas de la médula ósea, de sangre periférica. Se llaman también autoinjertos o autotrasplantes. Tienen, en general, muy buenos resultados. No producen rechazo, ni plantean problemas éticos.

2. Homotrasplantes: se realizan entre individuos de la misma especie, pero diferentes entre sí. Pueden ocasionar rechazo, y existen en general, dilemas éticos a resolver.

En 1901, Lansteiner habla del sistema ABO. En 1958, Van Roux descubre el Sistema HLA (antígeno de mayor histocompatibilidad), que reconoce los tejidos de otro individuo como distintos del propio, siendo de la misma especie y este fenómeno es responsable del rechazo que se ve en este tipo de trasplante.

Un hito en la historia de los trasplantes lo constituyó, en 1954, el primer trasplante renal exitoso en gemelos monocigóticos realizado en el "Peter Bent Brigham Hospital". En aquella época, comenzaron las pruebas de diversas combinaciones de drogas inmunosupresoras, iniciándose una serie de trasplantes de órganos. Hardy en 1963 realizó el primer trasplante pulmonar y Starzl los primeros hepáticos; en 1967 Barnard lo hizo con el corazón (1).

3. Xenotrasplante: es el que se realiza entre individuos de diferentes especies. Está en fase de experimentación. Y tiene muchas objeciones éticas.

- El imperativo ético supremo de todo tipo de trasplante es el bien del enfermo, al que jamás es lícito hacer el mal.
- Es interesante citar muy brevemente las etapas históricas de exigencias éticas por las que ha ido pasando el trasplante de órganos.

Etapas históricas por las que ha pasado el TO

1. Experimental (1950-1975): se plantean todos los problemas bioéticos de la experimentación en humanos. Los criterios de Muerte Encefálica (ME) no estaban bien establecidos y tampoco legislados, considerándose mutilación la obtención de órganos de donantes vivos.

2. Consolidación (1975-1983): se legisla acerca de la ME y sobre las condiciones que debe cumplir el proceso de donación y trasplante, mejora la relación riesgo-beneficio y costo-beneficio, pero se cuestiona la aplicación de fondos para los mismos.

3. Terapéutica: aparece la ciclosporina y con ella una efectiva inmunosupresión, comenzando a ser el trasplante un tratamiento efectivo. Los dilemas bioéticos que se plantean están relacionados mayormente con la escasez de recursos y órganos, los altos costos y la justa elección de los receptores.

Hoy la gran mayoría de los trasplantes se realiza como un acto terapéutico, validado por experimentos previos.

Los problemas éticos son entonces:

1. El diagnóstico de muerte.
2. La obtención de órganos y tejidos.
3. La utilización de recursos escasos, tanto económicos (ya que el trasplante de órganos es caro), como recursos escasos en órganos y tejidos.

1. El Diagnóstico de muerte

Hasta promediar la década del 50, la definición de muerte era el paro cardiorespiratorio. Las medidas técnicas de reanimación pusieron en evidencia la posibilidad de mantener oxigenación pulmonar, latido cardíaco y tensión arterial en pacientes con silencio eléctrico cerebral; cadáver en condiciones hemodinámicas estables. La toma de decisión médica de continuar o no tratando enfermos en situaciones como las descritas, o con Síndrome Vegetativo Prolongado, que tienen inconsciencia profunda, mantienen funciones cerebrales y vegetativas básicas y no requieren medios extraordinarios de sostén, impuso la necesidad de definir con mayor precisión la frontera entre la vida y la muerte.

El tema del **diagnóstico real de muerte** acompaña siempre, en cualquier conciencia responsable, a la decisión de la utilización de órganos de donante con corazón latiente.

Para dar tranquilidad a las angustias existenciales y científicas del cuerpo médico, y a la comunidad en general, han surgido pautas que integran la legislación: **nuestra ley paraguaya 1246/98**, dice en su:

Artículo 21 (Ley 1246/98): la muerte cerebral de una persona se considerará tal cuando se verifiquen de modo acumulativo los siguientes signos, que deberán persistir ininterrumpidamente seis horas después de su constatación conjunta, en ausencia de sedación, hipotermia de menos de 35 grados centígrados, bloqueo neuromuscular, o shock, teniéndose en cuenta los siguientes criterios:

Artículo 22: a los efectos del artículo anterior, la certificación de la muerte cerebral deberá ser suscripta por dos médicos, entre los que figurará por lo menos un neurólogo o neurocirujano. Ninguno de ellos integrará el equipo que realice ablaciones o trasplantes de los órganos del fallecido.

La hora del fallecimiento será aquella que por primera vez se constataron los signos previstos en el **artículo 21**.

- a) Ausencia irreversible de respuesta cerebral con pérdida absoluta de conciencia;
- b) Ausencia de respiración espontánea;
- c) Ausencia de reflejos troncoencefálicos y constatación de pupilas midriáticas no reactivas;
- d) Inactividad troncoencefálica corroborada por medios técnicos o instrumentales adecuados a las diversas situaciones clínicas, cuya nómina será periódicamente actualizada por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, con el asesoramiento del Instituto Nacional de Ablación y Trasplante (INAT).

2. La obtención de Órganos y Tejidos

En este tema me parece interesante subrayar los aspectos sobre el juicio ético en los trasplantes, aparecido en un documento, allá por los años 90 (4) y que son muy actuales.

Concerniente a los donantes: Ninguna persona viva posee el derecho de provocar su propia muerte para donar un órgano. La donación se realiza de órganos pares, y si son impares solo de una parte de ellos.

Ninguna persona viva puede ser obligada por ningún motivo a ser donante de órganos.

Se debe condenar por igual la donación por motivos económicos como el comercio de órganos. La venta de los propios órganos constituye un atentado contra la dignidad del hombre.

Si es donante muerto: solo podría aceptarse el derecho de extraer órganos de los cadáveres con fines formalmente terapéuticos. El cadáver debe ser tratado respetuosamente y ha de hacerse caso a la voluntad expresa del difunto, si es que la hubiere. En cualquier caso la última palabra ha de tener el enfermo o aquellos que tienen del deber de velar por su salud, llámense padres, familia, tutores, y en fin la sociedad toda que debe tutelar la vida como un bien universal.

Concerniente al receptor: El trasplante nunca podrá ser exigido como un derecho por parte del receptor, sino como un don gratuito.

Concerniente a los médicos: Al médico corresponde la grave responsabilidad y el deber de garantizar la eficacia técnica y de evaluar los riesgos y los posibles beneficios del trasplante de órganos.

La posibilidad de obtener órganos no puede ser excusa para impedir o reducir los esfuerzos por lograr la salud del posible donante.

La muerte del donante tiene que ser constatada de forma absolutamente cierta antes de proceder a la extracción de órganos

Durante la extracción se han de respetar la dignidad del difunto y los sentimientos de sus familiares.

Los órganos deben ser repartidos según normas adaptadas a la realidad y a la ética, como también conforme a la legislación vigente en este terreno.

No está permitido: El trasplante de cerebro, utópico desde el punto de vista médico, hasta ahora; es absolutamente inaceptable por cuanto de él dependen los rasgos distintivos de la personalidad, y supondría, en el hipotético caso de que fuera posible, un cambio de personalidad.

El trasplante de glándulas u órganos sexuales, por constituir un ataque directo a la individualidad genética del hombre. Además ellos no son absolutamente necesarios para la vida terrenal de un hombre o de una mujer, mientras que el corazón sí es indispensable para vivir.

El trasplante de órganos de niños anencefálicos antes de constatarse formalmente su muerte.

No está permitida éticamente la donación de órganos por motivos meramente económicos así como el tráfico de órganos.

3. La utilización de recursos económicos y del número escaso de órganos ante la creciente demanda.

Los órganos deben ser repartidos según normas adaptadas a la realidad y a la ética, como también conforme a la legislación vigente en este terreno, y a la justicia.

Condiciones generales para el trasplante de órganos

En nuestro país existe el Instituto Nacional de Ablación y Trasplante (INAT), dependiente del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, que fue creado por la ley 1246/98, DE TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS ANATÓMICOS HUMANOS, sancionada en el año 1998.

De esta ley se desprenden ciertos principios esenciales:

1. Subsidiaridad. Artículo 3: la ablación e implementación de órganos y tejidos podrán ser realizados cuando se hayan agotado otros medios disponibles por la ciencia como alternativa terapéutica para la salud de un paciente determinado.

2. Necesidad. Solo podrán ser aplicadas cuando se refieran a tratamiento último, y cuando la enfermedad no pueda tratarse con medios ordinarios.

3. Técnica corriente y no experimental. Estas prácticas de trasplante de órganos a que se refiere la ley serán consideradas como de técnica corriente y no experimental.

4. Capacitación profesional. La idoneidad profesional que exige la ley, es conforme a los criterios que se exigen para el ejercicio de la medicina. No puede hacer trasplante gente que no ha sido formada para el efecto.

Artículo 3: Los actos médicos referidos a trasplantes, contemplados en esta ley, sólo podrán ser realizados por médicos o equipos médicos registrados y habilitados al efecto, por ante el órgano contralor, que será el Instituto Nacional de Ablación y Trasplante (INAT), de acuerdo a lo previsto en el artículo 41 de esta ley. Este exigirá, en todos los casos, como requisito para la referida habilitación, la acreditación suficiente, por parte del médico, de su capacitación y experiencia en la especialidad.

5. Infraestructura Asistencial Idónea. Los criterios para determinar qué centros sanitarios son aptos para el TO, podrían oscilar entre la irrestricta admisibilidad en todo establecimiento público o privado, y una postura restringida que exige la autorización administrativa conferida a determinados institutos que cumplan con especiales recaudos legales. La ley 1246/98 dice en su artículo 42 inc. b , que el INAT dictará las normas para la habilitación de centros de trasplantes, de profesionales que practiquen dichos actos, y la de banco de órganos y tejidos.

6. El deber de informar por parte de los médicos. Artículo 25, Inc g: ...La explicación dada por el médico, con testigos acerca de la utilidad de la donación de un órgano o tejido, no será considerado como violación de la presente ley.

7. La gratuidad de la donación de órganos y materiales anatómicos.

Artículo 25, inc. f: Queda prohibida toda contraprestación u otro beneficio por la donación de órganos y tejidos, en vida o para después de la muerte, y la intermediación con fines de lucro.

“La donación de órganos es una forma peculiar de testimonio de la caridad. En un período como el nuestro marcado por diferentes formas de egoísmo, es cada vez más urgente comprender cómo es determinante para una correcta concepción de vida entrar en la lógica de la gratuidad “ (Ratzinger).

8. Revocación. En aquellos casos de trasplante entre vivos existe siempre la facultad por parte del dador de revocar su decisión hasta el instante mismo de la intervención quirúrgica. Esta revocación no genera en su contra obligaciones de ninguna clase.

En lo que respecta al procedimiento, al equipo de trasplantólogos y al centro donde se realiza el trasplante de órganos valen los siguientes criterios éticos señalados por la mayoría de expertos (5):

1. El procedimiento debe estar avalado por una importante investigación científica. No se pueden repetir y menos en nuestro país, procedimientos que todavía no estuvieren aprobados internacionalmente, y solo porque han aparecido en internet y en pequeños estudios. El procedimiento debe ser de práctica corriente y no experimental.
2. Los médicos y demás integrantes del equipo de trasplante deben tener experiencia suficiente. No debe quedar en manos de gente sin formación, y sin experiencia.
3. La Institución donde se practiquen los trasplantes de órganos, debe tener reconocimiento por su trayectoria científica y ética.

Principios básicos del trasplante de órganos según Ratzinger (6)

1. Respeto por la dignidad de la persona y la defensa de la tutela de su identidad personal.
2. En cuanto a la técnica, sólo se puede hacer una donación, si no se pone en serio peligro la propia salud y la propia identidad y siempre por un motivo moralmente válido y proporcionado.
3. El consentimiento informado es una condición de la libertad para que el trasplante se caracterice por ser un don y no se interprete como un acto coercitivo o de abuso.
4. En todos los casos, debe asumirse como criterio principal el respeto por la vida del donante, y la extracción de órganos sólo debe darse luego de la constatación de muerte real.
5. Con respecto a la Muerte Encefálica, no se puede dar la mínima sospecha de arbitrio, y cuando no se haya alcanzado todavía la certeza, debe prevalecer el principio de precaución.

Se debe incrementar la búsqueda y la reflexión interdisciplinaria para presentar a la opinión pública la verdad más transparente sobre las implicaciones antropológicas, sociales, éticas y jurídicas del trasplante de órganos.

El acto de amor que se expresa con el don de los propios órganos vitales, es un testimonio genuino de caridad que sabe ver más allá de la muerte, para que siempre venza la vida.

Debe ser consciente del valor de este gesto quien lo recibe, quien es destinatario, de un don que va más allá del beneficio terapéutico. Antes que un órgano recibe un testimonio de amor que debe suscitar una respuesta igualmente generosa, de manera que se incremente la cultura del don y de la gratuidad.

La senda que hay que seguir, hasta que la ciencia descubra nuevas formas de terapia, tendrá que ser la de la formación y difusión de una **cultura de la solidaridad**, sin excluir a nadie.

Una medicina de los trasplantes coherente con una ética de la donación, exige el compromiso de todos por invertir todo esfuerzo posible en la formación y en la información para sensibilizar cada vez más a las conciencias en un problema que afecta diariamente, a la vida de muchas personas.

Será necesario por tanto, superar prejuicios y malentendidos, disipar desconfianzas y miedos, para sustituirlos con certezas y garantías, permitiendo que crezca en todos, una conciencia cada vez más difundida del **gran don de la vida**.

Bibliografía.

- 1) Carral N, Parrellada B Aspectos históricos y bioéticos sobre los trasplantes de órganos. Rev Cub Med Int Emerg 2003; 2: 80-83
- 2) Dizionario di Bioetica. EDB-ISB. Bologna 1994, p 90.
- 3) Norrie Mc. Human tissue transplants: legal liability in different jurisdictions. International and comparative Law Quarterly 1985; 34(3): 442-53.
- 4) Blasquez N. Bioética la nueva ciencia de la vida La BAC, Madrid 2000, p 313-315.
- 5) Pace R A. Aspectos éticos de los trasplantes de órganos. En: Cuadernos del programa regional de bioética. OPS-OMS 1997; 4: 149-70.
- 6) Benedicto XVI: Criterios éticos para los trasplantes de órganos en: www.zenit.org/article-29084?l=spanish. Ultima visita, 8 diciembre 2008

Consideraciones éticas sobre los trasplante de órganos

Dr. Enrique de Mestral

La bioética y los trasplantes de órganos nacieron casi simultáneamente, y se han estimulado mutuamente con mucha fuerza en todo el camino recorrido hasta ahora. Los trasplantes de órganos se han constituido en el pilar de los tratamientos de la insuficiencia terminal de varios órganos de la economía. Y el nacimiento de la bioética fue en gran parte la consecuencia del desarrollo extraordinario que han tenido las ciencias biomédicas en las décadas recientes.

En varios países ya se cuenta con una legislación que regula la donación de órganos. En otros, se considera que todos los ciudadanos son donantes potenciales salvo expresa oposición. En los casos en que no se pueda obtener la opinión del donante potencial, se puede recurrir al consentimiento presumido que hubiese tenido esa persona en base a sus declaraciones previas.

La remuneración económica siempre ha sido muy controversial, sobre todo en países de extrema pobreza, como la India. Idealmente los órganos deben ser donados. También los Comités de Ética han tenido siempre objeciones en cuanto a los donantes en prisión o condenados a muerte, pues puede ser una medida coercitiva, ya sea para aliviar la pena o al revés, imponiendo penas más severas, por ejemplo, a los que se negasen a donar parte del hígado. Como el sistema de distribución está basado en principios de equidad y de socialidad, los prisioneros no deben ser excluidos de las consideraciones para recibir un trasplante. Al excluirlos de estas posibilidades podría sumarse otro castigo a la sentencia que ya tienen. Algunos especialistas consideran una excepción a esta regla, a los condenados a condena perpetua o pena de muerte.

Uno de los problemas más acuciantes que tienen los programas de trasplante de órganos es la escasa disponibilidad de órganos para injertos. Por lo tanto, otorgar un órgano a un condenado a muerte, de modo que éste pueda cumplir con esa pena, no parece lo más acertado, ya que se estaría privando de un eventual trasplante a una persona con mayor expectativa de vida.

Los que hayan hecho un intento de suicidio con dosis letales de paracetamol y expresen su deseo de seguir viviendo y si no tienen otras comorbilidades serias, deberían ser incluidos en la lista de trasplantes. Otros, sin embargo, con conductas suicidas, uso crónico de sustancias tóxicas o enfermedades psiquiátricas crónicas, podrían ser excluidos.

Retransplante. Trasplantar órganos a aquellos pacientes que ya rechazaron un primer injerto crea un dilema ético, dado el escaso número de órganos habitualmente disponibles, con respecto a las necesidades. La mayoría de los centros se inclinaría por los trasplantes primarios a pacientes a quienes se podrían beneficiar más, y excluyen a los que no hayan tenido un buen cumplimiento con la inmunosupresión o con recidiva de alcoholismo en los casos de trasplante hepático.

En la distribución de órganos de trasplante debe pesarse muy cuidadosamente la utilidad, la justicia, y la autonomía, sin tener en cuenta la raza, el género, o el nivel socioeconómico.

En la óptica utilitarista, se otorgaría el órgano a aquellos pacientes con más chance de tolerancia y sobrevida. En cuanto al principio de justicia, puede interpretarse como dar prioridad a los pacientes que más necesiten, o a aquellos que han demostrado mayor cumplimiento con los cuidados médicos prodigados hasta entonces. En la óptica utilitarista, se concederían los órganos a aquellos que podrían beneficiar más a la sociedad una vez recuperados en su salud. El sistema actual prioriza la justicia sobre la utilidad, pues se otorgan órganos a los más enfermos, que son también los de mayor riesgo peri-operatorio, antes que a aquellos pacientes que estén menos enfermos, aunque se supone que éstos tengan mejor pronóstico de sobrevida post trasplante.

El trasplante de hígado ha llegado a constituirse, en los países desarrollados, en un procedimiento terapéutico corriente en pacientes con disfunción hepática terminal. La sobrevida al año es de 87%; y a los 5 años, de 73%, debido al impacto positivo de los avances de la técnica quirúrgica, la medicación inmunosupresora, y las técnicas de preservación de órganos. Es la escasez de donantes lo que lleva al análisis ético de la asignación de órganos y selección de pacientes.

La donación de donantes vivos da una posibilidad de expansión de la disponibilidad de órganos. La morbilidad es muy baja con la segmentectomía lateral izquierda.

En cuanto a la utilización continuada del alcohol, cabe señalar que en la década de los 90, los alcohólicos tenían una prioridad más baja para recibir un trasplante, puesto que se aceptaba que tenían una conducta auto destructiva. Más recientemente, el alcoholismo es visto como una enfermedad con componentes físicos y psicosociales en contraposición a una debilidad moral.

Aplicando el principio de justicia en la adjudicación de órganos de trasplante a hepatopatías alcohólicas, éstos deberían tener las mismas consideraciones que otros pacientes con otras etiologías. En cuanto a la utilidad, hay evidencia de que la sobrevida es comparable a la de otras hepatopatías. La recidiva del alcoholismo luego del trasplante es de 11,5% comparada al 20,4% en otras dolencias hepáticas. Por otro lado, la mayoría de los programas de trasplantes están diseñados para minimizar el riesgo de recidiva. Evaluaciones serias desde el punto de vista psicosocial y de dependencia química están incluidas en seguimiento de los trasplantes.

Los pacientes con historia de abuso son incluidos en un programa de reeducación y deben aceptar controles ocasionales de alcoholemia mientras esperan un trasplante. Los criterios de baja incidencia de recidiva incluyen un período de abstinencia de 6 meses, apoyo social estable, ausencia de adicciones a otras sustancias o de una enfermedad psiquiátrica. En contraposición a lo que se creía, el hecho de trasplantar a alcohólicos no afectó la frecuencia de la donación de órganos.

El trasplante de riñón

No existen dudas en cuanto a las ventajas del trasplante de riñón sobre la diálisis en pacientes jóvenes: mejor calidad de vida, se evita los inconvenientes de la dependencia de los servicios de diálisis, una mayor sobrevida, y un menor costo del trasplante con respecto a la diálisis en sus diferentes modalidades.

El conflicto aparece frente a la demanda cada vez mayor de órganos cadavéricos y al número creciente de enfermos renales crónicos de edad avanzada. Ante esta situación, los nefrólogos tienden a privilegiar los trasplantes en los más jóvenes, porque tienen una mayor esperanza de vida, y una mejor respuesta y tolerancia al tratamiento inmunosupresor.

Por un lado, hay mayor sobrevida en los ancianos trasplantados. En cuanto a la calidad de vida, hay una mejoría atribuible a la corrección de la anemia, pero la mejoría de la calidad de vida se ve también en comparación con los ancianos tratados con eritropoyetina y diálisis.

Es necesario tener en consideración que, en los ancianos, la pérdida de riñones trasplantados se debe principalmente al óbito, y las dos causas principales de mortalidad son: las enfermedades cardiovasculares, y las infecciones.

Por eso este motivo, los ancianos candidatos a recibir un injerto renal deben realizar un examen exhaustivo de su estado cardiovascular, sobre todo los diabéticos, antes de recibir un trasplante.

La mayoría de las infecciones sobrevienen en los 6 primeros meses post trasplante, estando éstas en relación con la inmunosupresión, que es mayor durante este lapso. Otras causas importantes de mortalidad son: las neoplasias, y las hemorragiasgastrointestinales. Pero aun con estos inconvenientes, el trasplante aventaja a la diálisis en la sobrevida y en la calidad de vida, aun en los ancianos.

Será más difícil encontrar un donante vivo para un anciano. Se debe también tener en cuenta que el trasplante renal, a partir de un donante anciano, tiene menor sobrevida y menor filtración glomerular. En los mayores de 70 años, la evaluación debería ser más "biológica" que cronológica.

Mirando un poco la vivencia del entorno del paciente añoso, con enfermedades crónicas y serias, para la familia siempre es una carga económica y emocional importante, sobre todo cuando la presión social obliga a ocuparse de un ser querido a cualquier precio.

Muchos ancianos llegan a la fase crónica y crítica de las afecciones que los aquejan, por no haber restringido o retirado las medidas de mantenimiento artificial de la vida en su debido momento, por falta de comunicación, o falta de respeto a los deseos previos del paciente.

Tener presente, para el análisis de una situación dada, los principios de la bioética, que son: respeto por la vida humana, socialidad, autonomía, justicia, beneficencia, y no maleficencia. La futilidad en enfermedades crónicas, de las cuales no se espera una recuperación, es inducir a plantear tratamientos muy técnicos y costosos, pero inútiles. Nuestras intervenciones, a veces, permiten continuar con vida pero a un costo elevado para la calidad de vida, los aspectos económicos, y muchas veces sin considerar en absoluto los deseos autónomos de los pacientes.

Tenemos que recordar que el médico es un mal evaluador de la calidad de vida de un paciente, pues el que mejor puede apreciarla es el mismo paciente. Este último tiene una gran capacidad de adaptación a su situación y nuestra interpretación puede ser a veces errónea. No olvidemos consultar siempre con los familiares cualquier actitud a tomar, puesto que ellos constituyen la unidad terapéutica natural.

En el caso de pacientes crónicos y críticos, la sociedad se plantea si es justo proveer tratamientos técnicamente pesados, cuando la chance de recuperar una calidad de vida es dudosa. Sin embargo, una buena parte de pacientes agudos y crónicos optarán, al menos inicialmente, por terapias invasivas y de alta tecnología.

La sociedad tiene dificultades en negar los servicios solicitados por los pacientes o familiares. Existe la creencia errada de que la salud de una comunidad es la suma de la salud de cada individuo. En pacientes crónicos, el médico debería ofrecer alta tecnología, evaluando el beneficio y la carga impuesta a su paciente.

Leyes referentes a los trasplantes de órganos, en Anexos.

Bibliografía.

- 1) Ethics and the kidney. Edited by Norman G. Levinsky. Oxford University Press, 2001.
- 2) Gracia, D. Trasplante de órganos: medio siglo de reflexión ética. *Nefrología*, 2001; 21(Suplemento 4):13-29.
- 3) Cameron, J. S.; Hoffenberg, R. The ethics of organ transplantation reconsidered: Paid organ donation and the use of executed prisoners as donors. *Kidney Int.* 1999; 55:724-732.
- 4) Ethical considerations in the allocation of organs and other scarce medical resources among patients. Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association. *Arch Intern Med* 1995; 155:29.
- 5) Whittington, P. F. Living donor liver transplantation: Ethical considerations. *J Hepatol* 1996; 24:625.
- 6) Hoofnagle, J. H.; Kresina, T.; Fuller, R. K.; et al. Liver transplantation for alcoholic liver disease: Executive statement and recommendations. Summary of a National Institutes of Health workshop held December 6-7, 1996, Bethesda, Maryland. *Liver Transpl Surg* 1997; 3:347.
- 7) Alexander, J. W., Bennett, L. E.; Breen, T. J. Effect of donor age on outcome of kidney transplantation. A two year analysis of transplants reported to the United Network for Organ Sharing Registry. *Transplantation* 1994; 57:871.
- 8) Basar, H.; Soran, A.; Shapiro, R.; et al. Renal transplantation in recipients over the age of 60. *Transplantation* 1999; 67:1191.
- 9) Santacruz, F. Departamento de Nefrología, Hospital de Clínicas, FCM - UNA. 2009.

Aspectos éticos del paciente con Sida

Dra. Fátima Ayala de Mendoza

El SIDA es una de las mayores tragedias de nuestro tiempo, un problema sanitario de enorme magnitud, una cuestión social, económica, política y moral, debida a que las causas de la epidemia claramente reflejan una crisis de valores graves que no ha dejado escapar a ningún segmento geográfico de la familia humana.

Uno de los grupos más vulnerables de las víctimas del VIH/SIDA, son los niños. Han sido y continúan siendo víctimas de esta epidemia, habiéndoseles transmitido el virus al nacer. La orfandad debido a la muerte prematura de sus padres causada por el SIDA. El precio de las curas médicas.

Hoy por hoy el SIDA es una enfermedad incurable que conlleva implicaciones sociales muy relevantes. La labor del médico y de todo el personal sanitario implica un grado de conocimiento y compromiso en varios aspectos de la enfermedad: epidemiológicos, diagnósticos, terapéuticos, además de investigación, prevención, aspectos legales, éticos, derechos humanos, diversidad sexual, etc.

Nunca hubo una enfermedad que se haya introducido tanto en la vida privada de las personas, en su actividad sexual, como lo es el VIH / SIDA. Esta afección trajo cambios en el comportamiento planetario sobre la sexualidad, al menos en las normas a seguir.

Es norma de la deontología profesional de los médicos, desde Hipócrates hasta nuestros días y en todas las latitudes, la observancia del **principio de no discriminación** de los enfermos. El médico debe cuidar con la misma conciencia y solicitud a todos los pacientes sin distinción, por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social y el paciente portador de VIH-SIDA, no es la excepción.

El deber de no discriminación se acentúa por las peculiares características de esta enfermedad: su carácter crónico y la marginación social, hasta se podría decir muerte social, que puede involucrar a las personas infectadas, con independencia de sus comportamientos. Es sabido que en ciertas instituciones se observa un comportamiento contrario a dichos principios, niegan la atención a pacientes con VIH-SIDA y si lo hacen existe una resistencia de interactuar en una relación humana eficaz creándose una situación que refleja la incongruencia entre ética, comportamiento y el mismo juramento hipocrático.

Se plantean en estos pacientes otras situaciones muchas veces difíciles de resolver como por ejemplo el **secreto médico**. Es bien conocido el **principio ético de la confidencialidad**, pero nos preguntamos: en estos pacientes es ético guardar dicho secreto? Se pierde el sentido de justicia para los demás si guardo el secreto? Creemos que la respuesta a estas interrogantes está dada de acuerdo a ciertas situaciones como ser: negativa del contagiado a informar por si mismo, las consecuencias graves sobre la salud y la vida de la parte no alertada. La salvaguardia de estos valores fundamentales pesa más en la balanza ética que el salvaguardar el secreto medico.

Es correcto para el médico, informar al MSP y BS, del diagnostico de VIH /SIDA de un ciudadano (declaración obligatoria de enfermedades transmisibles).

Los médicos deben aconsejar a sus pacientes sobre la conducta que deben seguir para evitar los riesgos del VIH /SIDA, tanto para sí mismos como para los demás. A los seropositivos se les debe hacer comprender la actitud responsable que deben adoptar para evitar la propagación de la enfermedad, las medidas que deben adoptar para proteger su propia salud y la necesidad de avisar a sus parejas sexuales, pasadas y presentes, sobre la posibilidad de que hayan sido contagiadas con el virus del SIDA.

Las pruebas deben ser obligatorias para los donantes de sangre, de componentes sanguíneos, de órganos y otros tejidos destinados al trasplante, los donantes de esperma o de óvulos destinados a la inseminación artificial o a la fecundación in vitro.

Los pacientes con VIH- SIDA tienen obligaciones para con los demás, mucho mas significativas que con otras enfermedades. Deben ser conscientes del gravísimo deber moral de no transmitir el virus a otros y comunicar a los médicos su condición de infectados, su eventual participación en el mundo de la droga y aquellos precedentes sexuales que son pertinentes a su situación.

Repartir preservativos no significa proteger a la sociedad, al menos sin una formación seria en cuanto a su uso (utilización ya una vez iniciada la actividad genital, retiro del miembro viril después del reblandecimiento del pene, el preservativo queda adentro, etc).

Esto no puede ser infravalorado, porque de lo contrario la vida que se pone en juego puede ser también la del personal sanitario que les asiste. Nadie debería negarse a ser sometido a una prueba diagnóstica cuando su actividad profesional o sus condiciones o estilo de vida presuman un alto riesgo de contraer la enfermedad. Es evidente que esta limitación de la privacidad y de sus derechos individuales deberá ser convenientemente regulada por la ley civil, basándose en una rigurosa argumentación que tenga siempre como fundamento el bien común.

Debemos prestar especial atención a los problemas de estigmatización y discriminación que acompañan a esta enfermedad, al acceso a tratamiento y atención, a la educación sobre un comportamiento sexual responsable, incluidas la abstinencia y la fidelidad matrimonial, la atención de los huérfanos a causa del VIH/SIDA.

Bibliografía:

- 1- Alberola I, Moya J. El SIDA: Medicina y ética. Madrid. Palabra, 1991. 173
- 2- Guillén F, Aguinaga I. Efectividad de los preservativos en la prevención de la infección por VIH e parejas de personas seropositivas. Med Clin 1995; 105: 541-8.
- 3- Castillo Yañez P. Derechos Humanos y SIDA, Vida Médica 43 (3): 56-8, 1991.
- 4- Tezanos-Pinto S. .Epidemias, historia y ética : síndrome de inmunodeficiencia adquirida.. Hosp. Viña del Mar; 51 (2-3): 110-26, 1995
- 5-http://www.cienciadigital.net/diciembre2000/opinion_art.html

Bioética y Sida

Dra. Julia Rivarola

En este tema consideraremos tres aspectos:

- 1) La solidaridad con el enfermo
- 2) El secreto profesional
- 3) La prevención

1) La solidaridad con el enfermo

Sabemos que esta enfermedad se transmite a través de relaciones homosexuales y heterosexuales promiscuas, a través de sangre y derivados contaminados, a través de las jeringas sucias, sobre todo muy frecuente en los drogadictos y también a través de la madre al hijo en un 30% .

No se transmite en el uso de elementos personales, con cubiertos, toallas, sábanas, tampoco por picaduras de insectos, por el uso de piscina, trabajando con enfermos con sida, pasándole la mano, usando el baño. Por lo tanto, no está justificado el miedo, la segregación y la marginación del enfermo con sida, sino más bien, debemos acercarnos a él a través de la solidaridad.

La solidaridad con respecto a quien es víctima del sida, se funda y se mide por el reconocimiento de su dignidad personal. La persona se relaciona con los demás en el doble e inseparable sentido de ser con los otros y de ser para los otros.

Juan Pablo II en Estados Unidos, en 1987 nos decía: “Vosotros individual y colectivamente, sois la expresión viviente de la palabra del buen samaritano, por lo tanto que vuestra solicitud no conozca discriminación alguna, sabed recoger, interpretar y valorizar la confianza que tiene en vosotros el hermano enfermo, a través de la asistencia, siempre intentad acercaros con discreción y amor a aquella esfera psíquica y espiritual misteriosa pero tan humana de la cual puede brotar la energía viva y sanante, que ayude al enfermo a descubrir, incluso en su condición, el sentido de la vida y el significado de su sufrimiento”

2) El secreto profesional

Desde los tiempos de Hipócrates, el médico está obligado a no hacer públicas las condiciones del paciente, la reserva es un elemento esencial para que el enfermo pueda poner en el médico aquella confianza.

En el caso de la infección de sida, la reserva se hace mucho más importante, precisamente porque esa enfermedad puede dañar seriamente las relaciones con familiares y amigos y poner en peligro serio, las relaciones de trabajo y las económicas. Pero la obligación del secreto no es absoluta, por lo tanto, el personal sanitario tiene el deber de informar al paciente que él tiene que informar al cónyuge o a su pareja heterosexual u homosexual. Cuando el paciente no se siente con fuerza para hacerlo, el personal sanitario debe pedir el consentimiento del paciente para hacerlo; si este se negara, el médico debe advertir a la pareja.

Tienen derecho a ser informados: La pareja y los profesionales de la salud que tratan al paciente (médico, enfermera, odontólogo).

3) La prevención

Últimamente en muchísimos países, en una visión utilitarista y pragmática se ha pregonado la prevención con el uso del condón, la jeringa estéril y el aborto provocado en el caso de madres portadoras o enfermas de sida. Expondremos a continuación los cuestionamientos éticos a este proceder:

Carlo Cafarra afirma: "Nosotros creemos que el Estado no puede organizar campañas para la difusión de preservativos mediante propagandas, por dos motivos: En primer lugar, de este modo, expone realmente a la sociedad al grave peligro de una vasta difusión del contagio, ya sea por la inseguridad del medio propuesto (10 al 30%), ya sea porque de hecho, de esta manera favorece los comportamientos promiscuos que pueden causar una ulterior difusión del contagio. En segundo lugar, de este modo favorece una liberalización y un permisivismo sexual que a breve o a largo plazo pone en peligro o por lo menos amenaza con obscurecer en la conciencia de los ciudadanos, sobre todo de los jóvenes, el intrínseco valor de algunas bases de la convivencia social: la vida conyugal y el respeto del otro en su salud. Favorecer semejante uso de la sexualidad no va sólo contra el individuo, sino también contra el bien común"

Nosotros creemos que la verdadera prevención en un (100 %) está en una educación sexual integral, donde el acto sexual sea una manifestación de un amor total, fiel, exclusivo, abierto a la vida. Por lo tanto se debe educar en la vivencia de la castidad en el joven y de la fidelidad mutua de la pareja. En Uganda, por voluntad política del poder ejecutivo, se implementó el proyecto ABC (A:abstinencia, B:fidelidad mutua o monogamia, C:condon) , pero no la promoción y distribución masiva. Haciendo prioridad del A y B, del 15% de la población con VIH en 1991, bajo al 4% en el 2004.

Juan Pablo II, en un congreso sobre el sida en 1989, ha dicho: "Es necesario antes que nada, que la información impartida en los lugares idóneos, sea correcta y completa, más allá de miedos inmotivados y asimismo de esperanzas falsas. La dignidad personal del hombre exige también que éste sea ayudado a crecer hacia la madurez afectiva mediante una labor educativa completa; sólo con una información y educación que lleven a descubrir de nuevo, con claridad y gozo el valor espiritual del amor que se done como sentido fundamental de la existencia, es posible que los adolescentes y los jóvenes tengan la fuerza necesaria para superar los comportamientos arriesgados.

La educación para vivir de forma serena y seria le sexualidad propia y la preparación para el amor responsable y fiel, son aspectos esenciales de este camino hacia la plena madurez personal”.

En algunos países se distribuye la jeringa estéril a los drogadictos, en vez de atacar la grave problemática de drogadicción. Nosotros creemos que la verdadera prevención está en la tarea educativa a los jóvenes a fin de que no recurran a la droga, la rehabilitación de los drogadictos y la lucha contra el narcotráfico.

Ahora se está proponiendo en algunos países el aborto provocado en mujeres portadores o enfermos de sida. Cabe destacar que solamente el 30% de los hijos de estas madres nacerán HIV positivo y solo en un 3 al 10% si la madre y el recién nacido hacen el tratamiento. El restante 70 al 90 % restante nacerá sano, por lo tanto se estaría provocando la muerte precoz de estos. “Antes bien, nosotros creemos que la verdadera prevención es promover en la pareja y en los familiares una cultura de acogida a la vida que nace, aunque enferma o potencialmente tal, a la luz de una indiscutible verdad: que el embrión o feto es un individuo humano desde su concepción, un ser humano personal, por lo tanto un claro y decidido sí a la vida”. Estos niños también tienen derecho a que no se les niegue el tratamiento una vez nacidos.

Bibliografía:

- 1) Juan Pablo II. Caffarra C., Pellegrino E., Tettamanzi D., Sgreccia, E en: Dolentium Hominum Sida vivir, por que? N°3 año 5to. 1990
- 2) Ron, P - Sida del Drama a la esperanza. Ed. Ciudad Nueva - Madrid 1989
- 3) Conchetti, G - Sida problemas de conciencia Ed. Paulinas Venezuela 1988
- 4) Autores Varios: Cuadernos de Bioética. La atención a pacientes con sida Vol. VIII N° 30 2ª 1997

Los cuidados paliativos

Dra. Elena de Mestral

Una enfermedad terminal con la consecuente muerte del paciente es considerada una de las pruebas más grandes que puede tener una familia, por más de que éste tenga una edad avanzada. Por eso surgen los cuidados paliativos, como una especialidad para el cuidado de estas personas y el de su familia.

Se entiende por enfermo en etapa terminal al paciente con un pronóstico de vida estimado en 3 a 6 meses y al que no se le puede ofrecer tratamiento con pretensión curativa.

“Los cuidados paliativos consisten en la asistencia activa y completa a los pacientes y a su entorno, por un equipo multiprofesional cuando no hay esperanza de curación y en que el objetivo esencial del tratamiento ya no consiste en prolongar la vida. La lucha contra el dolor y otros síntomas, y la consideración de problemas psicológicos, sociales y espirituales, son primordiales. El objetivo de los Cuidados Paliativos consiste en asegurar la mejor calidad de vida posible tanto para paciente como para su familia.” La Medicina Paliativa afirma la vida y considera el morir como un proceso normal. No adelantan ni retrasan la muerte.

Características

No existen barreras netas entre lo curativo y lo paliativo. Frente a una enfermedad terminal muchas veces decimos “ya no hay nada que hacer”, pero si no podemos curar, podemos siempre aliviar o en último caso consolar. No hay competencia entre cuidados curativos y cuidados paliativos, más bien, una complementariedad. Es decir, que los cuidados paliativos comienzan temprano en la evolución de una enfermedad grave, complementando y facilitando el tratamiento curativo en un momento que se puede esperar una remisión, o aún la curación. A medida que la enfermedad progresa, los Cuidados Paliativos se vuelven más importantes, para ocupar todo el lugar en la fase terminal. Estamos entonces frente a un modo de consideración global del enfermo por medio de cuidados continuos.

El concepto del “Dolor Total” (Total pain): En cuidados paliativos se toma en cuenta las cuatro dimensiones del sufrimiento humano:

El Sufrimiento somático: dominado por el dolor y los otros síntomas (disnea, náuseas, vómitos, tos, debilidad muscular, inmovilidad, confusión, escaras, constipación, diarrea, anorexia, ansiedad, disfagia, incontinencia urinaria y fecal, prurito, etc.). Todas las miserias físicas deben ser combatidas. Para ello contamos con medicamentos que dan buenos resultados, en algunos síntomas más que en otros (por ej. la Morfina para el dolor). Los cuidados de base son muy importantes, así como las medidas de confort que permiten al enfermo conservar su autonomía y su dignidad (cambio de posición regular, higiene de la boca, cambio de protecciones, adaptación de la alimentación, hidratación y eliminación, etc.).

El sufrimiento psicológico; como la tristeza, la soledad, la culpabilidad (...“porque fumaba tanto padezco este cáncer”), el miedo (miedo a morir asfixiado o ahogado), la angustia, el sentimiento de no saber a donde vamos, que nos espera, como va a ser el final, etc.

El sufrimiento social: “Vivimos a través de los demás”, se experimenta un sufrimiento por todo lo que deja de ser: un padre que deja de ser el sostén de la familia, , un trabajador que debe dejar de trabajar, un amigo (...al final quedan siempre pocos amigos), tantos sueños aún no realizados, etc.
Sufrimiento espiritual: De la misma forma el paciente debe beneficiar de ayuda para prepararse espiritualmente, y tener la posibilidad de contar con el apoyo de sus seres queridos. “Qué sentido le doy a esta enfermedad”, “qué significa la muerte?”, “Porqué me sucede esto a mí?”, “Porqué ahora?”, “Qué quiere decirme Dios con esto?”, “cómo me preparo yo y cómo preparo a mi familia?”, “quién se ocupará de mis hijos”, “no soy un buen padre puesto que les hago sufrir tanto”, etc. son preguntas que buscan saber.

Cuidados Paliativos y Acompañamiento

Para sostener el paciente en fase terminal se impone la intervención de un **equipo multi e interdisciplinario**, que comprende, alrededor de los médicos, miembros de diferentes profesiones de la salud (enfermera, psicólogos, fisioterapeutas, ergo terapeutas, nutricionistas, asistentes sociales, etc.) Aquí son también asociados los representantes de diferentes religiones. La consideración de estas necesidades espirituales, particularmente en esta fase de la existencia parece en efecto esencial, con el más absoluto respeto de las opciones filosóficas y religiosas de cada uno. Este equipo debe tener objetivos comunes, buena comunicación y evaluaciones regulares, deben tener disponibilidad y poder anteponerse a situaciones que se puedan suscitar a los efectos de estar preparados y poder actuar eficazmente.

También forman parte **los Voluntarios** que acepten aportar alivio al enfermo y a su familia. Su rol es el de confortar, por medio de su presencia atenta, el entorno social y afectivo del enfermo y de su familia.

El acompañamiento de la familia debe hacerse durante la enfermedad del paciente y después de su muerte. **Los cuidados paliativos no terminan con la muerte del paciente**, puesto que hubo una familia a quien estuvimos acompañando, y el dolor de esta familia no termina con la muerte. Debemos estar disponibles para la etapa de duelo, explicar en que consiste, cuanto tiempo dura, proponer algún tratamiento antidepressivo o ansiolítico si hiciere falta, , etc.

En la práctica, los Cuidados Paliativos y el Acompañamiento son dos realidades indisolubles. El Acompañamiento no es posible si el dolor y los otros síntomas no están aliviados.

El concepto de “calidad de vida”: En la población enferma se identifican algunos factores determinantes de la calidad de vida como la movilidad, el dolor y el agotamiento, la capacidad de auto asistirse y la capacidad de entablar relaciones. Estamos, en realidad hablando de una calidad percibida, que debe definirse en consenso con el paciente, sus familiares y el equipo profesional. En ningún caso es un parámetro que se define unilateralmente y la adecuación del cuidado y por lo tanto, la calidad percibida, dependerán de cuan bien se controlen los síntomas, cuan efectiva y fluida sea la comunicación e información entre los integrantes del equipo, el paciente y su familia, y de la calidad del apoyo emocional que se les brinde (2).

La Ética de los Cuidados Paliativos: La relación con los pacientes debe basarse en los cuatro **principios fundamentales la bioética:** a nivel individual, la beneficencia y la autonomía; a nivel público, la no maleficencia y la justicia distributiva.

La Ética de los Cuidados Paliativos hace del alivio del sufrimiento físico una prioridad y una exigencia. Igualmente, es también prioridad el acompañamiento social, psicológico y espiritual (**Principio de beneficencia**).

La prioridad del paciente se vuelve la prioridad del equipo tratante Es el **principio de Autonomía**; la autoridad final debe residir siempre en el paciente. De ahí la importancia de aliviar los síntomas, para que el paciente pueda establecer hasta qué punto quiere recibir información, tomar sus propias decisiones y compartir información con otros; si quiere ir al hospital, o si quiere quedarse en la casa, si quiere intentar otra quimioterapia, si quiere comer, que quiere comer, etc. El principio de autonomía, acoplado al principio moral de respeto a las personas, exige que se establezca una comunicación lo suficientemente cercana para asegurar el consentimiento informado en todo el proceso del cuidado.

La escucha y la observación del paciente permitirán de saber de que manera y en que momento conviene hablarle de la realidad de su enfermedad, caminando a su ritmo en un clima de veracidad. Es importante conocer lo que el enfermo sabe, lo que quiere saber y lo que está en condiciones de saber. Para esto las preguntas abiertas son de utilidad. “Qué le informaron?”, “Qué es lo que piensa?!, “Tiene alguna duda?”, “Qué le molesta? ”, dan la posibilidad de expresar lo que el paciente siente. Si el paciente pregunta es porque está preparado para la respuesta, y se le informa de a poco, según lo que él pregunta. Es importante interpretar el lenguaje no verbal, que no sabe mentir: los gestos, el tono de voz, la mirada, el contacto, los silencios, llegan a donde la palabra no logra llegar.

Aquí es importante recordar las actitudes psicológicas del paciente en fase terminal, son las **“Etapas” descritas por Elizabeth Kübler-Roos**, (3 y 4) y ellas son:

a) Shock y negación: Es el rechazo inicial: “No, no a mí, no puede ser verdad, debe haber un error”. En nuestro inconsciente somos inmortales. De cómo se aborde la situación, de cómo se dé la información, de cómo se haya preparado a lo largo de la vida para afrontar las situaciones de tensión, dependerá que abandone la negación y utilice mecanismos mas elaborados.

b) Cólera: rabia, enojo, irritación, resentimiento. “Porqué yo?”, e inconscientemente proyectan toda esta agresividad hacia la familia, del entorno, del equipo de salud, por eso esta fase es muy difícil de afrontar.

c) Negociación: “Sí, yo, pero no podríamos esperar hasta...”, buscando prolongar la vida hasta un acontecimiento importante, este pacto es un intento de posponer los hechos, fija plazos impuestos por uno mismo: “Quisiera vivir hasta la graduación de mi hija, hasta que vuelva ni hijo de su viaje, etc.” (y muchas veces así sucede...).

d) Depresión: “Sí, yo”. Con todos los síntomas de una depresión reaccional, es la etapa de preparación a la pérdida de todos los objetos, a la separación de los seres queridos, y la preparación para la llegada de la muerte.

e) Aceptación: “Mi hora ha llegado, ya lo acepto”. Si un paciente ha tenido bastante tiempo y se le ha ayudado a pasar por las fases descritas, llegará a una fase en la que su destino no le deprimirá ni le enojará. Generalmente el paciente está débil, con sueño. La comunicación oral es cada vez menor. No debe considerarla siempre como una etapa feliz, a veces corresponde a una huida de la lucha (“ya se entregó”, “bajó los brazos”...).

Es importante especificar que estas actitudes no son fases rígidas que se suceden. La persona puede saltar de una etapa a otra. Es decir, no todos llegarán a la aceptación. Debemos saber reconocer estos estados para poder ayudar a nuestros pacientes. Por ejemplo si está en una etapa de negación, nuestras explicaciones por mas exhaustivas que sean no le servirán de nada, no las escuchará o no las aceptará y buscará otros médicos, hasta que encuentre uno que le siga la corriente (le da vitaminas, te de cambucha, insectos que comer, o le harán infinitos estudios y tratamientos desmesurados).

Toda persona enferma, si su estado lo requiere, tiene derecho a acceder a estos cuidados paliativos y a un acompañamiento, evitando así la presión de un pedido de eutanasia o la tentación del encarnizamiento terapéutico **(Principio de Justicia)**.

Son consideradas como contrarias al espíritu de los Cuidado Paliativos dos actitudes: el encarnizamiento terapéutico y la eutanasia **(Principio de no maleficencia)**.

Muchos de estos pacientes mueren en unidades hospitalarias con infinitos estudios, catéter y tubos, pasando los últimos días de su vida, alejados de sus familias, de su hogar, de sus ambientes, confiscados a veces en una fría sala de Cuidados Intensivos, a sabiendas que no tenemos ni el derecho ni la capacidad de prolongar la vida, sometiénolos a inútiles sufrimientos.

El **encarnizamiento terapéutico** puede ser definido como la actitud que consiste a continuar una terapéutica pesada con intención curativa, que tiene como objeto el prolongamiento de la vida sin tener en cuenta su calidad, siendo que no existe ninguna esperanza razonable de obtener una mejora del estado del enfermo. Es la obstinación por curar que conduce a condiciones de vida extremadamente penosa, difícil de soportar por el paciente y su entorno.

Por **Eutanasia** se entiende la administración voluntaria de una droga o de un producto tóxico a un enfermo (el famoso “cocktail lítico”), incapacitado o herido incurables, con el objeto de abreviar la duración de sus sufrimientos y que pone fin a su vida rápidamente. Corresponde a un acto voluntario, con un sola intención: poner fin a la vida del paciente, por medio de una excusa: aliviar sus sufrimientos.

No es Eutanasia la abstención de emplear medios técnicos que podrían prolongar la vida por poco tiempo, pero que serían fuente de incomfort o de sufrimiento. Como ejemplo: la decisión de no dializar un paciente anciano con insuficiencia renal en etapa terminal. Tampoco es Eutanasia el acto de suspender un tratamiento etiológico, desde el punto de vista jurídico y moral el paciente muere de su enfermedad y no de la administración de un producto tóxico. Como ejemplo: ir retirando los tratamientos que yo no mejorarán la calidad de vida del paciente. Otra fuente de confusión es la administración de analgésicos morfínicos. En la opinión pública y en muchos médicos, la morfina produce la muerte del paciente. El tratamiento del dolor con morfina correctamente administrado, de manera progresiva y controlada no acelera la muerte (el objetivo no es producir la muerte del paciente sino aliviar su dolor físico).

Conclusión

Los cuidados paliativos devuelven a los enfermos y al equipo tratante **la dignidad**, poniendo acento en la **calidad de vida** y no solamente en la cantidad de vida, considerando que morir es un proceso normal. No aceleran ni retardan la muerte.

El final de la vida es un periodo importante de la existencia, puede ser el momento de darle sentido, una última etapa de descubrimiento, de madurez y de aceptación de sí mismo. Es también un tiempo de reconciliación con familiares y amigos, favoreciendo una comunicación más profunda y trascendental con ellos.

El manejo del paciente terminal en equipo interdisciplinario, respetando la voluntad del paciente, aliviando síntomas y acompañando su familia sólo alcanza a una minoría de pacientes.

El principio de justicia exige que la distribución de estos cuidados sea equitativa y no debería depender de la edad, sexo, clase social o capacidad económica del paciente ni de la obstinación de los médicos a prolongar la vida del paciente, sino de la propia conciencia del equipo médico y de la población en general a buscar más bien la calidad de vida y una muerte digna.

Aceptar y aplicar los cuidados paliativos a estos pacientes llegado el momento indicado, demostraría entonces una cierta apertura de espíritu, aceptando que no somos omnipotentes. Los derechos del enfermo terminal se resumen en ser tratados como seres humanos hasta la muerte.

Y somos conscientes que el dolor y la angustia frente a la muerte no desaparecerán por completo pero con estos cuidados ayudaremos a enfrentarlos con mayor dignidad.

Existe un tiempo para vivir, y un tiempo para morir (5); que no es lo mismo que dejar morir o matar, practicando la eutanasia. Y si en el tiempo que les queda logramos aliviar sus sufrimientos, veremos cómo disminuyen los pedidos de Eutanasia. **(Principio de No Maleficencia).**

El objetivo es asegurar a cada paciente un acceso óptimo a cuidados continuos y de calidad, en el lugar más adaptado a su estado y según su voluntad. Por eso, los Cuidados Paliativos es lo que nos queda por hacer cuando “ya no hay nada que hacer”.

Bibliografía:

- 1) Twycross, R.G. – Asistencia al Paciente en fase Terminal. Triángulo. Revista Sandoz. Vol. Nº 32, Nº 3, 1994
- 2) Bertolino M, Bruera E, Castillo G, De Lima L, Fernández A, Granda C, Moncyo-Eikhof R, Montejo G, Moyano J, Pruvost M, Quesada Tristán L, Rico Pasos M A, Schöeller M T, Cuidados Paliativos: Guías para el manejo clínico, OPS, Marzo 1998
- 3) Kübler-Ross E. Sobre la muerte y los moribundos. Grijalbo editorial, Barcelona. 1975
- 4) La Biblia, Eclesiastés 3,2

Otras Bibliografías:

- 1) Lubich Chiara (fundadora del Movimiento de los Focolares u Obra de María), Mensaje al congreso de Adultos Mayores: Una sociedad para todas las edades, Movimiento Humanidad Nueva, Año Internacional del Adulto Mayor, Montevideo, 1999.
- 2) Bandera Florido A, Aranda J M, Fuentes López T, Corredera Guillén A, Rodríguez G. La Muerte Digna. 1998
- 3) Chiren F. La Prise en Charge et le Retour a Domicile de la Peronne Agée. Travail écrit de synthese. Institut de Formation en Ergotherapie de Montpellier. 1999
- 4) Clerc B. Le Chemin du Passeur, Travail présenté pour l'obtention du Certificat du Cycle de Gérontologie, Ecole bon Secours, Soins Infirmiers. Genève. 1997
- 5) Cuidados Paliativos en el Paciente Oncológico – Pautas de Tratamiento – Unidad de Cuidados Paliativos – Facultad de Medicina – Universidad de la República - Montevideo – Uruguay – Agosto 2001
- 6) De Mestral E, Monografía: Geriatria: Cuidados Terminales, FCM – UNA, 1998
- 7) De Mestral-Giménez E, La Hidratación al final de la vida, Revista Paraguaya de Gerontología y Geriatria, Nº 13, 1999
- 8) Documento de la OMS: Estupefacientes y sustancias sicotrópicas. Logrando equilibrio en las políticas nacionales de fiscalización de opioides. 2001
- 9) Ensemble contre la douleur. Internet: www.sans-douleur.ch
- 10) Garcia Yanneo E, Asistencia al morir, el movimiento "hospice", Revista Quirón, vol 27 Nº3, 1996. Uruguay
- 11) Gomas J M: Le malade en fin de vie et le medecin generaliste. Ed du Cerf, Paris, 1994
- 12) Gomas J, M, Soigner à domicile des malades en fin de vie. Ed du Cerf. Paris 1993
- 13) Infokara, Revue internationale francophone de soins palliatifs. Société Suisse de médecine et de soins palliatifs, Ed Médecine & Hygiène, Años 1996 al 2001
- 14) Manuel Merck de Geriatrie, Primera Edición, Ed. D'Après, 1996, pag 164 a 170
- 15) Mediano Ortega L, Fernández Canti G, El Burnout y los Médicos, Un peligro desconocido, 2001, España
- 16) Myre A, La enfermedad: Dios quiere que suframos?, Edición Ciudad Nueva, 1996
- 17) Neuenschwander N; Steiner N; Stiefel F; de Stoutz N; Humbert N; St. Laurent-Gagnon T: Médecine palliative en un coup d'oeil – Editor: Ligue suisse contre le cancer – Año 2000
- 18) Norma de Enfermería, Programa nacional de alivio del dolor y cuidados paliativos a pacientes con cancer, Ministerio de Salud, Chile, 1998
- 19) Pillot J, Malades en fin de vie...quelle écoute?, Association l'Autre Rive, Grenoble, 1994
- 20) Sitio internet sobre los Cuidados Paliativos: <http://www.paliativos.com/>
- 21) Sociedad española de Cuidados Paliativos. Internet: <http://www.secpal.com/>
- 22) Steiner N. Soins Palliatifs á Domicile. Cahier des Resumés de la Société Suisse de Soins Palliatifs. Genève. 1997
- 23) Steiner N, Luchsinger V. Equipe Mobile de Soins Palliatifs de Genève. Revue Médicale de la Suisse Romande 1997; 117; 249-253.
- 24) Steiner N, Guide Pratique de Soins Palliatifs, Centre de Soins Continus, Institutions Universitaire de Geneve, Suisse, édition 1994
- 25) Regnard C, Hockley J, Lassaunière J M. Guide pratique de Soins Palliatifs. Soins Palliatifs à l'Hôtel Dieu. Paris
- 26) Roy D, Rapin Ch-H, Les anales de Soins Palliatifs, Centre de Bioethique, Institut de Recherches Cliniques de Montreal, Collection Amaryllus Nº 1 Les Defis, 1992, Nº 2 Douleur et antalgie, 1994

Eutanasia

Dra. Imelda Martínez - Núñez

Introducción y Conceptualización

En este trabajo se he propuesto abordar un tema polémico y complejo. En el debate sobre este tema, habrá siempre diferencias, por las posiciones encontradas, dependiendo éstas, de la visión antropológica, filosófica o religiosa que tengan los interlocutores.

Si la visión que se tiene del hombre es una visión antropocéntrica, el hombre como centro del mundo, provisto de dignidad y libertad, propiedades inherentes a su misma condición de ser humano, con todos los derechos de la persona, preconizados por el Código de Derechos Humanos y consensuados por la Comunidad Internacional de naciones, entonces se estará en contra de la eutanasia. Por el contrario, si se es partícipe de la cultura de la muerte y se adhiere a ella, entonces se ha de ser también partidario de la eutanasia. Ya lo decía Juan Pablo II en su encíclica *Evangelium vitae* (1), que uno de los síntomas más alarmantes de la cultura de la muerte era precisamente la eutanasia. Y si en nuestro mundo, se invocan “razones”, con frecuencia cada vez mayor, para matar al más indefenso de los seres humanos, el recién concebido, el embrión, “razones” también se hallarán para matar a los enfermos terminales, a los desvalidos, a los dementes, a los deformes, a los desheredados, a los subnormales, y la lista puede continuar. Pero qué significa Eutanasia.

La palabra **Eutanasia**, viene del griego **eu** que significa bueno y **thanatos**, muerte. Significa pues, muerte buena, o muerte dulce, en tanto acaece sin dolores y atroces sufrimientos. En la práctica médica la eutanasia significa inducción de la muerte a determinados pacientes para que dejen de sufrir o mueran sin dolores físicos o sufrimientos síquicos.

Desde Tomás Moro en el siglo XV, años 1478-1535, y Francis Bacon en el siglo XVI se empieza a hablar de la eutanasia. Este último en su trabajo *Sobre la vida y la muerte*, publicado en 1623 decía, que la función del médico es devolver la salud y mitigar los sufrimientos y los dolores, no solo en cuanto que esa mitigación puede conducir a la curación, sino también si puede servir para procurar una muerte tranquila y fácil (2).

Algunos ejemplos nos muestran el comienzo del debate sobre la eutanasia. En el año 1971 el caso de Karen Quinlan, joven que tras la ingesta de barbitúricos en forma masiva queda en coma _, parece abrir el primer paso para formar opinión favorable sobre la eutanasia. También el ámbito judicial se abonó en este asunto por el tema de las 29 muertes por sobre dosis de insulina en la Haya, Holanda. En Austria en un hospital de Lainz unas enfermeras fueron juzgadas por la muerte de 40 ancianos. Y el caso de Jack Kevorkian, llamado Dr. Muerte en los Estados Unidos es otro de los hechos (2).

Y ahora cabe recordar, que ha saltado a la palestra de los medios, el hecho de que en agosto de 2004, la magistratura holandesa y la clínica universitaria de Groningen, han firmado un acuerdo que autoriza un protocolo de experimentación orientado a extender a los niños de menos de 12 años –incluidos los neonatos-- la práctica de la eutanasia ya regulada por la ley (holandesa) de abril de 2002.

Para tener mayor precisión y claridad en el concepto de eutanasia, recogemos algunas de las definiciones que se usan en los ambientes de la profesión sanitaria y en los de Bioética (4).

El Código de Ética y Deontología Médica español, en su artículo 27.3 expresa: El médico nunca provocará intencionadamente la muerte de un paciente, ni por propia decisión, ni cuando el enfermo o sus allegados lo soliciten (...). La eutanasia u homicidio por compasión es contraria a la ética médica.

La guía europea de Ética y de comportamiento profesional de los médicos (diciembre de 1982): El médico no puede proceder a la eutanasia. Debe esforzarse en aplacar los sufrimientos de su enfermo, pero no tiene el derecho de provocar deliberadamente la muerte. Para aliviar el dolor puede ser necesario recurrir a medicinas tóxicas que quizá reduzcan el tiempo de supervivencia, pero el médico no puede rebasar esos límites, aunque lo pida el interesado y mucho menos los familiares.

La Declaración sobre eutanasia de la Congregación de la doctrina para la fe, publicada en 1980 (4), define a la eutanasia como **una acción u omisión, que por su naturaleza, en la intención, procura la muerte, con el fin de aliviar todo dolor**. Al paciente se le causa la muerte para que no sufra. Primero está la intención y luego el medio adecuado que produce la muerte, para quitar el dolor.

Es necesario reafirmar, sigue diciendo el documento, con toda firmeza que nada ni nadie puede autorizar la muerte de un ser humano inocente, sea feto o embrión, niño o adulto, anciano, enfermo incurable o agonizante. Nadie además puede pedir ese gesto homicida para sí mismo o para otros confiados a su responsabilidad, ni puede consentirlo explícita o implícitamente. Ninguna autoridad puede legítimamente imponerlo ni permitirlo. Se trata en efecto de una violación de la ley divina, de una ofensa a la dignidad de la persona humana, de un crimen contra la vida, de un atentado contra la humanidad. Como se ve, aquí los que propician la eutanasia son moralmente considerados como homicidas y los que la solicitan como suicidas.

El Código de Ética del Circulo Paraguayo de médicos en su capítulo X sobre la eutanasia (artículos 142, 143, 144) (5) dice: el médico no provocará con una acción la muerte de un paciente por decisión propia o por solicitud de pacientes, familiares o representantes legales. La palabra acción puede y debe interpretarse en el texto como acción positiva directa, como administrar una inyección letal; o como omisión de cuidados que provocaría la muerte del enfermo.

Si ponemos atención a estas definiciones, se ve que coinciden con las de la American Medical Association o las de la Organización Mundial de la Salud (OMS)(3). Es posible encontrar en ellas tres elementos que están implícitos en la eutanasia:

- Intención de poner fin a la vida del enfermo
- A través de un medio adecuado: una acción positiva o negativa en el sentido de no ofrecer o, quitar algo que le permitiría sobrevivir.
- Un motivo específico: evitar el dolor y el sufrimiento.

Algunos hablan de la eutanasia activa y la eutanasia pasiva. La Organización Médica Colegial Española en su asamblea de enero de 1993, rechazó la distinción entre eutanasia activa y eutanasia pasiva, por considerarla confusa y carente de base científica. En efecto, si se analizan los elementos del concepto eutanasia, tal distinción no tiene fundamento ético, pues no hay diferencia moral entre provocar la muerte con uno u otro procedimiento. Se dice que no es lo mismo matar que dejar morir, pero si la eutanasia es intención de muerte al paciente, no es lo mismo un simple “dejar morir” que, “dejar morir a alguien que podría vivir si se le proporcionaran los medios adecuados”

En una conferencia sobre eutanasia dada en el CPM en el 2001, León A (6) decía, “es más oportuno circunscribir la actual discusión moral en torno a dos términos: “dejar morir en paz” y el de eutanasia. Aplicamos el primer término a aquellas situaciones en que se toma una decisión de no continuar manteniendo en vida a un enfermo sobre el que no existen posibilidades de supervivencia, suprimiendo determinadas terapias o no aplicándolas, ya sea porque él ha expresado su voluntad explícitamente o porque se puede presuponer la misma. Por el contrario, se aplica el término de eutanasia a las demás situaciones en que se busca acortar la vida del paciente”.

Para clarificar la cuestión sobre el manejo de los pacientes en estados terminales, volvamos a los documentos antes citados:

El Código de Ética y Deontología Médica Española (artículo 27), dice: en caso de enfermedad incurable y terminal, el médico debe limitarse a aliviar los dolores físicos y morales del paciente, manteniendo en todo lo posible la calidad de una vida que se agota y evitando emprender o continuar terapéuticas sin esperanza, inútiles u obstinadas.

La Guía Europea de Ética y de Comportamiento Profesional afirma: cuando la condición del enfermo requiere un procedimiento de reanimación, todo debe ser intentado, por un tiempo y en las condiciones científicamente razonables para asegurar la eficacia.

El “ensañamiento terapéutico” en estas condiciones, es conforme a la obligación de prestar ayuda. Por el contrario, llegado el momento, estas acciones pueden ser legítimamente abandonadas.

La Declaración de la congregación para la Doctrina de la Fe (4): ésta toma una postura más fuerte en lo que se refiere a la supresión de terapéutica inútil. Sostiene que, a falta de otros remedios, es lícito recurrir, con el consentimiento del enfermo, a los medios puestos a disposición por la medicina más avanzada, aunque estén todavía en fase de experimentación y no exentos de riesgos. Afirma que, ante la inminencia de una muerte inevitable no obstante los medios utilizados, es lícito tomar la decisión de renunciar a tratamientos que solo proporcionarían una prolongación precaria y penosa de la vida, pero sin interrumpir los cuidados debidos al enfermo. Como se ve, esta declaración sanciona la licitud de no someterse a tratamientos penosos, caros o de dudosa eficacia. Aunque más adelante trate también la licitud de la suspensión de los llamados “tratamientos desproporcionados”. Es lícito interrumpir tales medios cuando los resultados no son conformes con las esperanzas que se han puesto en ellos. Pero en la toma de esta decisión se debe tener en cuenta el justo deseo del enfermo y de sus familiares. Es decir, que si no hubieren causas psicológicas, sociales, económicas y el enfermo y sus familiares lo desean, se pueden continuar las medidas, siempre y cuando esto vaya unido al afecto y al cuidado que se le debe al paciente y en las espera de que algún “milagro” se produzca, para lograr la recuperación del ser amado.

El código de Ética del Círculo Paraguayo de Médicos (5), capítulo X, artículos 142, 143,144, dice: En caso de enfermedad incurable y terminal, el médico debe limitarse a aliviar los dolores físicos, y síquicos del paciente, instituyendo todo tipo de procedimiento que amerite el paciente terminal, manteniendo en todo momento, la calidad de una vida que se agota y evitando emprender o continuar acciones terapéuticas sin esperanza, inútiles u obstinadas. Toda persona tiene derecho a morir con dignidad. El médico puede y debe aliviar al enfermo del sufrimiento o del dolor, aunque con ello haya riesgo de abreviar su vida.

2. Juramento Hipocrático y Eutanasia

La cultura judeo-cristiana tiene en su decálogo un paradigma moral en defensa de la vida del hombre: “No matar”. Pero ya antes de Cristo, en el año 60, el juramento hipocrático representa un testimonio histórico y humanístico sin precedentes en contra de la eutanasia. “NO DARÉ NINGÚN VENENO A NADIE, AUNQUE ME LO PIDAN, NI TOMARÉ NUNCA LA INICIATIVA DE SUGERIR TAL COSA”. Como se ve, en este monumental documento se afirma el respeto absoluto a la vida del enfermo. Y los “venenos” hipocráticos, como dice Velásquez, se refieren a lo que actualmente llamamos medicinas o drogas suministradas al paciente con motivos eutanásicos, a petición del interesado, o por mera prescripción médica, incluso contra la voluntad del paciente. Este testimonio contra la eutanasia y a favor de la vida, incluso la más precaria y aparentemente inútil, tiene un significado ético añadido, por reflejar lo más sano y castizo de la razón humana sin ningún tipo de soporte religioso o teológico. De ahí su valor universal por encima de creencias, culturas o ideas en contrario.

En las últimas décadas, la simpatía por la eutanasia cobra fuerza, y actualmente amenaza con convertirse en una práctica bioética frecuente regulada por prescripciones legales. Y como factores decisivos de este desconcertante fenómeno apuntan lo siguiente: el proceso de secularización, la crisis de los valores morales, religiosos, y la absolutización de la libertad de la persona, la cual se considera dueña absoluta de sus decisiones.

3. El Debate Actual sobre la Eutanasia (2)

La eutanasia es un acto que busca provocar la muerte a una persona enferma que conlleva graves consecuencias familiares, sociales, médicas, éticas y políticas. Su despenalización modificará en su propia raíz la relación entre las generaciones y los profesionales de la medicina. El Informe Remmelink (2) sobre la práctica de la eutanasia en Holanda arroja a la luz 1.000 muertes por eutanasia involuntaria (sin consentimiento) en 1990. Estos 1.000 pacientes eutanasiados se convierten en 1.000 poderosísimas razones para oponerse a la eutanasia. Igualmente en los casos en los que la eutanasia es solicitada por el enfermo existe un grave problema ético porque se trata de una derrota social y profesional ante el problema de la enfermedad y de la muerte. Los casos extremos y la autonomía personal, siempre aludidos por los partidarios de la eutanasia para su despenalización, no deben generar leyes socialmente injustas, que enfrentan el deseo individual con el ineludible deber del Estado a la protección de la vida física de cada ciudadano.

Hay que eliminar el sufrimiento humano, pero no al ser humano que sufre.

Tres cuestiones complejas están presentes en el debate sobre la eutanasia: el consenso democrático, la dignidad de la persona humana y la autonomía personal.

El consenso:

El consenso, convierte el principio legislativo en la única fuente de verdad y de bien, y deja la vida humana a merced del número de votos emitidos en un Parlamento. Las legislaciones sobre el aborto, la clonación humana, la fecundación extracorpórea y la experimentación embrionaria son consecuencia de la aplicación del principio de las mayorías.

Los derechos humanos no son otorgados por el número de votos obtenidos, ni por la sociedad, ni por los partidos políticos, aunque deben siempre reconocerlos y defenderlos. No se basan tampoco en el consenso social, ya que los derechos los posee cada persona, por ser persona. Las votaciones parlamentarias no modifican la realidad del hombre, ni la verdad sobre el trato que le corresponde.

La dignidad de la vida humana

Ninguna vida carece de valor.

El hecho de nacer y el de morir no son más que hechos y sólo hechos, adornados naturalmente de toda la relevancia que se quiera. Precisamente por ello no pueden ser tenidos como dignos o indignos según las circunstancias en que acontezcan, por la sencilla y elemental evidencia de que el ser humano siempre, en todo caso y situación es realmente digno, esté naciendo, viviendo o muriendo.

Legalizar la eutanasia es una declaración de derrota social, política y médica ante el enfermo que no acabará con las perplejidades de la vida, ni de la muerte, ni con las dudas de conciencia de los médicos, de los pacientes y de los familiares.

3.3. La autonomía personal.

“El derecho a morir no está regulado constitucionalmente, no existe en la Constitución la disponibilidad de la propia vida como tal” Si existiera este derecho absoluto sobre la vida, existirían otros derechos, como la posibilidad de vender los propios órganos o aceptar voluntariamente la esclavitud.

La autonomía personal no es un absoluto. Uno no puede querer la libertad sólo para sí mismo, ya que no hay ser humano sin los demás. Nuestra libertad personal queda siempre conectada a la responsabilidad por todos aquellos que nos rodean y la humanidad entera. La convivencia democrática nos obliga a someternos y a aceptar los impuestos, las normas y las leyes que en ningún momento son cuestionados como límites a la libertad personal. ¿Por qué no queremos descubrir un bien social en la protección legal de la vida en su finitud? ¿Qué cultura legamos a nuestros hijos si les inculcamos que los enfermos no merecen la protección de todos?

4. Cómo queremos morir

Todos queremos una buena muerte, sin que artificialmente nos alarguen la agonía, ni nos apliquen una tecnología o unos medios desproporcionados a la enfermedad.

Todos queremos ser tratados eficazmente del dolor, tener la ayuda necesaria y no ser abandonados por el médico y el equipo sanitario cuando la enfermedad sea incurable.

Todos queremos ser informados adecuadamente sobre la enfermedad, el pronóstico y los tratamientos que dispone la medicina, que nos expliquen los datos en un lenguaje comprensible, y hacernos participar en las decisiones sobre lo que se nos va a hacer.

Todos queremos recibir un trato respetuoso, que en el hospital podamos estar acompañados de la familia y los amigos sin otras restricciones que las necesarias para la buena evolución de la enfermedad y el buen funcionamiento del hospital.

¿Cómo queremos morir?

Sin dolores.

Pudiendo rechazar tratamientos que prolongan artificialmente la vida. Informados sobre la enfermedad y las posibilidades de tratamientos, con palabras comprensibles. Pudiendo decidir sobre lo que se nos va a hacer y rechazar tratamientos que prolongan artificialmente la agonía. Siempre tratados con respeto y cariño por los profesionales de la salud. Estando acompañados de la familia y los amigos.

5. Qué es la Sedación Terminal

Antes de hablar de sedación terminal definamos lo que se entiende por enfermo o paciente terminal.

El paciente terminal (8) es aquel que tiene una expectativa muy corta de vida, no más allá de seis meses, a causa de una enfermedad progresiva, frente a la cual la Medicina agotó sus recursos para vencerla (curarla). Se trata pues, de un enfermo desahuciado, cuya calidad de vida es pobre. Tiene vida sí, pero no la disfruta: la padece. Como se puede ver, un enfermo terminal puede ser no solamente un anciano, sino una persona de cualquier edad.

Se entiende por **sedación terminal** la administración deliberada de fármacos para producir una disminución suficientemente profunda y previsiblemente irreversible de la conciencia en un paciente cuya muerte se prevé próxima, con la intención de aliviar un sufrimiento físico y/o psicológico inalcanzable con otras medidas y con el consentimiento explícito, implícito o delegado del paciente. El recurrir al consentimiento implícito o delegado cuando el paciente puede conocer la información quita al moribundo su derecho a afrontar el acto final de su vida: su propia muerte. La familia y el médico suplantán y despojan al enfermo del conocimiento de esta decisión.

El verdadero respeto a los derechos del paciente pasa por hacerlo partícipe de las decisiones sobre su cuidado, aunque éstas hayan de pasar por una información desagradable.

La sedación terminal es éticamente correcta cuando el fin de la sedación sea mitigar el sufrimiento; la administración del tratamiento busque únicamente mitigar el sufrimiento y no la provocación intencionada de la muerte. No haya ningún tratamiento alternativo que consiga los mismos efectos principales sin el efecto secundario que sería el acortamiento de la vida. Entonces la acción es correcta y éticamente aceptable. La sedación terminal es correcta únicamente cuando se busca mitigar el sufrimiento del enfermo y no cuando la finalidad es acelerar su muerte. En este caso se trata de eutanasia.

6. Qué no es Eutanasia

No constituyen modalidades de eutanasia propiamente dicha, por no estar animadas del propósito de suprimir el dolor:

1. La llamada **eutanasia eugénica**, que consiste en la eliminación de los seres humanos deficientes, aun cuando se la practique con el pretendido propósito de tender al mejoramiento de la raza humana. A igual propósito responde el aborto que autoriza, entre otros, el Código español en el Art. 417 bis, 3º vigente, en los casos en los “que se presume que el feto habrá de nacer con graves taras físicas o psíquicas, siempre que el aborto se practique dentro de las veintidós primeras semanas de gestación y que el dictamen, expresado con anterioridad a la práctica del aborto, sea emitido por dos especialistas de centro o establecimiento sanitario, público o privado, acreditado al efecto, y distintos de aquél por quien o bajo cuya dirección se practique el aborto”.

La denominada **eutanasia económica**, que procura la supresión de las personas que constituyen una carga para la sociedad al no reportar utilidad alguna. Esta última modalidad responde a la convicción de que hay seres humanos sin valor vital. Aquellas y estas conductas configuran homicidios punibles como tales.

No constituyen prácticas eutanásicas los siguientes supuestos: No comenzar o no continuar un tratamiento no curativo, “**desproporcionado**” para los resultados que de ellos se esperan, mutilantes, con efectos colaterales desagradables, agravante a la dignidad, cuando el enfermo lo pida conscientemente y tras haber sido debidamente informado de su estado y de las consecuencias, tanto positivas como negativas, que puede traerle aparejada la realización u omisión de ese tratamiento;

No aplicar medidas excepcionales para prolongar artificialmente la vida de un enfermo que padece una enfermedad terminal. Cabe recordar que, decidir “morir con dolor y sufrimiento” constituye una decisión personalísima del paciente y que debe tomarse dentro de la esfera de intimidad de la familia, no pudiendo interferir los terceros (médico y Estado) bajo el manto del paternalismo y de pretender saber más y mejor lo que es bueno para el enfermo. La mera prolongación de un lento deterioro y muerte segura es un lamentable desenlace y deben conocerse y satisfacerse los verdaderos intereses del paciente, aun en contra de la opinión de los médicos”. De este modo, no se favorece “la eutanasia, sino la eliminación o corte del suministro de medios extraordinarios: no se mata al paciente sino que éste muere solo y de muerte natural, en consecuencia, no hay daño sino autonomía de la voluntad del enfermo; consiguientemente, tampoco habría responsabilidad profesional ya que se ha obrado dentro de los límites de lo ético y de lo lícito” (5).

Tampoco configura eutanasia la mal llamada eutanasia indirecta realizada por quien, con el único propósito de paliar el dolor causado por una enfermedad o heridas de pronóstico doloroso e irreversible, con consentimiento del paciente, recurre a los medios a su alcance aunque éstos produzcan el efecto secundario de abreviar su vida.

Pero en ningún caso ha de prescindirse de ese consentimiento, porque el paciente tiene el derecho a soportar el dolor si desea hacerlo por el valor trascendente que le asigna. Ni dejar de echar mano a recursos que ofrecen los cuidados paliativos, si así lo quiere el paciente, para no aumentar o prolongar un dolor que para él, además de ser insoportable carece de sentido.

7. Qué es Ortotanasia. Qué es Distanasia

Por ortotanasia se entiende la suspensión de todo tratamiento desproporcionado ante la inminencia de la muerte, aún las relativas a las eventuales complicaciones agudas. Ortotanasia es un neologismo empleado por primera vez en 1950 por el Dr. Boshan de Lieja (8).

Distanasia es la prolongación innecesaria de la agonía por el empleo inmoderado de medios terapéuticos desproporcionados. Se percibe hoy un creciente rechazo al llamado “encarnizamiento terapéutico”, que estaría dentro de lo que llamamos distanasia que, al estirar la técnica médica hasta el extremo de sus posibilidades trata de arañar a la muerte unas pocas horas o días, para un enfermo que ya ha embocado el punto final de no retorno (8).

8 .El papel del Médico

El acto médico se basa en una relación de confianza en la que el paciente confía al médico el cuidado de su salud, aspecto primordial de su vida, de sí mismo. En la relación entre ambos no puede mediar el pacto de una muerte intencionada. La eutanasia significará el final de la confianza depositada durante milenios en una profesión que siempre se ha comprometido a no provocar la muerte intencionalmente bajo ningún supuesto.

La eutanasia deshumanizará la medicina. Solamente desde el respeto absoluto es posible concluir que todas las vidas humanas son dignas, que ninguna es dispensable o indigna de ser vivida.

La eutanasia frenará el progreso de la medicina. Los médicos se irán volviendo indiferentes hacia determinados tipos de enfermedad, no habrá razones para indagar en los mecanismos patogénicos de la senilidad, de la degeneración cerebral, del cáncer en estadio terminal, de las malformaciones bioquímicas o morfológicas, etc.

La solución pasa por dar un cuidado integral a quien pronto va a morir, tratándole tanto los sufrimientos físicos como los sufrimientos psíquicos, sociales y espirituales.

Este es el fundamento de la Medicina Paliativa que desde la perspectiva del respeto absoluto debido a toda persona y ante los límites terapéuticos de la propia medicina, pasa a controlar los síntomas de la enfermedad, especialmente la presencia de dolor, acompañando al enfermo hasta la muerte. Así la medicina de los cuidados paliativos es hoy una magnífica realidad, y sobre todo es una gran esperanza, una vacuna contra la eutanasia (9).

Recordemos aquí, que el verdadero papel del médico es curar, pocas veces; aliviar, más a menudo y consolar, siempre (Bérard y Gubler).

Bibliografía:

- 1) Encíclica *Evangelium vitae*(1995) del Papa Juan Pablo II (Nos. 64-67).
- 2) Blázquez N. *Bioética, la nueva ciencia de la vida*.1ª. edición. Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos 2000 p. 325-351.
- 3) Marigorta J. *Eutanasia versus Cuidados Paliativos*. Disponible en: <http://www.gocities.com>
- 4) Congregación para la Doctrina de la Fe. *Declaratio de Eutanasia*. 1980.
- 5) Código de Ética del Círculo paraguayo de médicos.
- 6) León A. *Eutanasia. Distanasia y muerte digna. Aspectos éticos*. Disertación. Jornada de Bioética, Círculo Paraguayo de Médicos. Noviembre del 2001.
- 7) Sánchez T F. *Catecismo de ética Médica*.1ª. edición. Barcelona. Herder 2000 p 228-242.
- 8) Bordín C, Fracapani M, Gianacari L, Bochatay A. *Bioética*. Edit Lumen. Buenos Aires. 1996 p 168.
- 9) Herranz G. *El paciente terminal y la ética de la medicina paliativa*. (Conferencia inédita pronunciada en el Colegio Oficial de Médicos de Santa Cruz de Tenerife, en marzo de 1994).

Muerte encefática

Dra. Sara Florentín Mujica

Es imprescindible que dispongamos de unos conocimientos específicos sobre los criterios médicos y legales de la definición de la muerte encefática (ME), así como de los conceptos éticos implicados. La muerte biológica no es un evento puntual, sino un proceso. Durante siglos, el diagnóstico de la muerte fue establecido por la presencia de coma, apnea y ausencia de pulso. El fracaso de los sistemas cardiocirculatorio o respiratorio conducía invariablemente al fallo del organismo en su totalidad. La tecnología y los avances científicos desarrollados durante el siglo pasado permitieron el mantenimiento temporal de la respiración y circulación de manera artificial, incluso cuando la función cerebral se había perdido irreversiblemente. El establecimiento de los criterios neurológicos para determinar la muerte de una persona supusieron un cambio muy significativo respecto al método tradicional para definir la muerte y todavía hoy supone un reto desde el punto de vista ético y científico para muchos. En 1968, un comité de la Harvard Medical School, liderado por Henry Beecher, el primer profesor de anestesiología de Harvard, redefinió la muerte con dos propósitos: identificar el momento de la muerte en aquellos pacientes bajo soporte ventilatorio (con el fin de redistribuir los recursos hacia los pacientes vivos e informar adecuadamente a los familiares sobre la situación médica real) y para identificar pacientes fallecidos de los cuales se pudieran obtener órganos vitales para trasplante de forma éticamente aceptable. Desde entonces, el concepto de muerte encefática ha sido ampliamente aceptado en gran parte del mundo.

En todas ellas se establece como indispensable la presencia de coma irreversible, ausencia de respuestas motoras al estímulo doloroso y de reflejos del tronco del encéfalo y se definen los elementos que pueden interferir en el diagnóstico, que deben ser descartados. Una de las pruebas más características para el diagnóstico de la ME, la prueba de apnea, usando una PaCO₂ diana, se recomienda sólo rara vez en el 59% de los países estudiados. En 28 de 70 guías, eran obligatorias pruebas confirmatorias. Los dispositivos mecánicos pueden preservar a los órganos periféricos por cierto tiempo bajo tales circunstancias, pero desarrollara en 48 a 72 hs, después de varias semanas, una insuficiencia de la circulación general, cese del latido cardiaco. En estos casos el cerebro esta autolisado (cerebro respirador) cuando se examina post mortem.

La legislación de la mayoría de países europeos (incluida España) y los EEUU establece que la muerte encefálica requiere para su diagnóstico del cese irreversible de todas las funciones del encéfalo, incluyendo el tronco del encéfalo y ambos hemisferios cerebrales. La muerte del tronco del encéfalo es un concepto aceptable de muerte encefálica solamente en algunos países.

En el momento en el que la ME ha sido diagnosticada, de acuerdo con los criterios clínicos, tanto los médicos como familiares deben entender que la ME equivale a la muerte del individuo. Los familiares deben recibir entonces, en términos claros, la confirmación médica de la muerte del paciente, para que de esa manera puedan empezar el duelo y el funeral, así como plantearse la donación de órganos y tejidos. De igual manera, en estas circunstancias, el soporte vital (ventilatorio y/o hemodinámico) debe ser retirado, a menos que la donación de órganos esté siendo considerada. En el ámbito internacional han sido propuestas varias medidas con la finalidad de incrementar la tasa de donación de órganos, tal como la obligatoriedad por parte de los hospitales de la solicitud de la donación a la familia, o el establecimiento de una legislación con consentimiento presunto, en el que los médicos estarían autorizados a extraer los órganos a menos que el paciente hubiera manifestado su oposición expresa (o la familia objete en el momento de la muerte). Estos requerimientos legales, y sus repercusiones sociales, deben ser conocidos por todos los médicos, en su propio entorno, situación y país.

Los donantes a corazón parado, solo aceptado en algunos países, merecen una consideración. Los médicos encargados del tratamiento de estos pacientes críticos deben evitar cualquier tipo de incertidumbre y establecer de forma clara e inequívoca los criterios para el diagnóstico de la muerte que no planteen dudas, conociendo las implicaciones éticas que de ello se desprenden.

La legislación paraguaya contempla en la **Ley 1246/98** de transplante de órganos y tejidos anatómicos humanos. El capítulo sexto "de los actos de disposición de órganos y / o tejidos de personas con muerte encefálica confirmada. Ver en Anexos pag.

Consideraciones Éticas

La utilización de las técnicas de reanimación y mantenimiento cardio respiratorio en la practica clínica diaria y traslado a UTI, a obligado a médicos, legisladores, filósofos, y teólogos a enfrentarse a la nueva situación de la muerte de la persona humana, cuando todavía persisten sus funciones homeostáticas básicas: la respiración y la circulación. La sociedad entera se enfrenta al vital dilema de cuando interrumpir ciertas medidas terapéuticas o de cómo asegurar que una persona esta realmente muerta antes de la extracción de sus órganos para trasplante.

► Todas las doctrinas teológicas y todas las creencias coinciden en que corresponde al médico decidir el momento en que la muerte ha ocurrido. No se puede hablar de muerte, cuando esta no ha sucedido por muy inminente que sea, por muy cerca que este el fin de la vida humana.

► El Papa Pío XII, en su Proclama de 1958 declaró directamente que el pronunciamiento de muerte era responsabilidad de la medicina y no de la Iglesia: “Es de la jurisdicción del médico dar una definición precisa y clara de “muerte” y del “momento de la muerte” de un paciente que pasa al estado de inconsciencia”. También declaró que cuando las enfermedades llegaban a la “ausencia de esperanza” la muerte no debe ser detenida médicamente con medidas extraordinarias”

El Papa Juan Pablo II, en su alocución al Congreso de la Academia Pontificia de Ciencias, “No es fácil llegar a una definición de la muerte comprendida y aceptada por todos” y “en modo alguno el cuerpo humano puede ser tratado como algo de lo que se dispone a capricho”. Por ello, continúa, los “científicos, los analistas y los eruditos deben continuar sus investigaciones a fin de determinar lo más exactamente posible el momento exacto y la señal irrecusable de la muerte.

Hoy día puede decirse que el diagnóstico de la muerte por cesación total e irreversible de las funciones del cerebro y tronco cerebral es simple, inequívoco, cierto y verificable por cualquier médico experimentado. La destrucción irreversible del encéfalo supone la muerte de la persona ya que el encéfalo es un órgano integrador y unificador permitiendo el funcionamiento del organismo como un todo y lo hace capaz de sustentar la vida humana

Criterios y Procedimientos para el diagnóstico clínico de Muerte Encefálica.

Instituto Nacional de Ablación y Transplante (INAT)

En años anteriores la desaparición de la actividad cardiorrespiratoria la muerte, actualmente con modernas técnicas de UTI se pueden mantener las funciones cardiovasculares y respiratorias por un periodo de tiempo. El criterio de muerte ha sido ampliado, teniendo en cuenta que el cerebro es el órgano encargado de mantener la identidad propia, la dirección, y coordinación de las funciones de relación, actualmente se considera que la pérdida irreversible de las funciones encefálicas es sinónimo de muerte.

Los siguientes criterios y procedimientos que se detallan son absolutamente necesarios para el establecimiento diagnóstico de M.E.

1. Pre.condiciones

La M.E es la ausencia clínica de la función encefálica cuando las causas probables se conocen y se demuestra la irreversibilidad.

1.1 Evidencia clínica –neurológica o neuroimagen de una catástrofe aguda de SNC que es compatible con el diagnóstico clínico de M.E

1.2 Exclusión de condiciones medicas que puedan confundir y/o complicar la aseveración clínica :trastornos electrolíticos ,desequilibrios ácido base o endocrinos.

1.3 Ausencia de intoxicación por drogas o envenenamiento.

1.4 Temperatura corporal de mayor o igual a 35°

1.5 Shock cardiovascular menos de 80/40 mm/Hg.

1.6 Exclusión a razón de la edad (niños) el cerebro de los niños (peso corporal menor a 30 kg) resiste el fallo funcional durante mas tiempo que el adulto

2. Los 3 hallazgos cardinales de la muerte encefálica son:

Coma o falta de respuesta, ausencia de reflejos del tronco cerebral y la apnea.

2.1 Coma o falta de respuesta. No hay respuesta motora cerebral al dolor en las 4 extremidades. Ni a la presión del lecho ungueal y supraorbital.

2.2 Ausencia de reflejos del tronco cerebral

2.2.1 Pupilas:

- sin respuesta a la luz intensa. tamaño en posición central(4mm) a dilatada(9mm)

2.2.2 Movimiento ocular:

- sin reflejo oculo cefálico ,esto se puede realizar solo cuando no hay fractura o inestabilidad de la columna cervical aparente.
- No existe desviación de los ojos con la irrigación de 50 ml de agua fría en cada oído.
- Espere 1 minuto luego de la inyección y por lo menos 5 minutos entre cada oído.

2.2.3 Respuesta facial sensitiva y motora:

- Sin reflejo corneal al tacto con un algodón.
- Sin reflejo de la mandibula inferior.
- Ausencia de muecas a la presión profunda de las uñas ,puente supraorbital o articulación temporo.maxilar.

2.2.4 Reflejos faríngeos y laríngeos

- No hay respuesta a la estimulación de la faríngea posterior.
- No hay respuesta de tos a la succión traqueo.bronquial

2.3 Apnea. La prueba de la apnea se realiza de la siguiente manera:

2.3.1. Pre requisitos

- Temperatura central mayor o igual a 35°c
- Presión arterial sistólica mayor o igual a 90 mmhg.
- Normovolemia OPCIONAL: balance hídrico positivo en las ultimas 6 horas.
- Arterial pco2 normal. OPCIONAL: art pco2 mayor o igual a 40 mmhg.

• Arterial pco2 normal OPCIONAL: pre oxigenación para obtener una arterial po2 mayor o igual a 200 mm hg.

2.3.2. Conectar el oxímetro de pulso y desconectar el respirador

2.3.3. Suministrar 100% de o2,6litros por min, en la traquea

OPCIONAL: colocar una cánula a nivel de la carina.

2.3.4. Observar atentamente por movimientos respiratorios ,excursión abdominal o torácico que produzca un adecuado volumen respiratorio.

2.3.5. Observar atentamente por movimientos respiratorios ,excursión abdominal o torácico que produzca un adecuado volumen respiratorio.

2.3.6. Medir la pco2 ,po2,y el ph arterial después de aproximadamente 8 minutos y reconectar al respirador.

2.3.7. En ausencia de movimientos respiratorios y la pco2 arterial es de mayor a 60 mm/hg(opcional: aumento de 20 mm/hg del pco2sobre la línea de base normal del pco2) la respuesta al test de la apnea es positiva .Apoya al diagnostico de M.E.

2.3.8. Si se observan movimientos respiratorios el test de la apnea es negativo.No apoya el diagnostico de M.E y el test debe ser repetido.

2.3.9. Conectar al respirador , si durante la prueba la presión arterial sistólica disminuye a menos de 90 mm/hg o el oxímetro de pulso indica una significativa desaturación de oxígeno o si aparecen arritmias cardíacas.Inmediatamente realice gasometría arterial si el pco2 es mayor a 60 mm/hg o si el pco2 aumente a mas de 20 mm/hg. sobre la base normal del pco2,el test apnea resulta positivo y apoya el diagnostico clínico de M.E. Si el pco2 es mas de 60 mm/hg o el aumento aumenta a mas de 20 mm/hg sobre la base normal del pco2 el resultado del test es indeterminado

Test de la Atropina

En pacientes con M.E al inyectar 0.04 mg/kg de atropina ev no se observa elevación de la frecuencia cardíaca por encima del 10% de la frecuencia base.

Explora estructura tronco encefálica .Debe realizarse después de la exploración clínica y de la respuesta pupilar a la luz .La atropina debe inyectarse en una línea venosa en la que no se infunden otros fármacos como dopamina o dobutamina que pudieran interferir en el resultado del test.

Distinción entre muerte encefálica y estado vegetativo

Coma irreversible o estado vegetativo: ocurre cuando el daño cerebral(muerte de los hemisferios cerebrales) es permanente como para que el individuo sea capaz de mantener la homeostasis externa, aun cuando el encéfalo pueda continuar con el mantenimiento de la homeostasis interna. Generalmente al cabo de 10 a 14 días el comportamiento vegetativo reemplaza al estado de coma con ojos cerrados. En esta situación el paciente esta vivo y no debe confundirse con muerte encefálica.

Métodos instrumentales actuales de diagnóstico de muerte bajo criterios neurológicos.

La muerte encefálica puede ser corroborado por estudios instrumentales de confirmación, pero es un diagnóstico eminentemente clínico, teniendo en cuenta que estos test de confirmación sugerida, pueden producir resultados similares en pacientes con daño cerebral catastrófico pero que no llenan aun los criterios clínicos de muerte encefálica.

1- Métodos Electrofisiológicos:

Electroencefalograma. (EEG)el cual requiere de una técnica específica para muerte encefálica, Potenciales Evocados Multimodales, Potenciales Evocados Someto sensitivos, Potenciales Evocados Auditivos de Tronco Cerebral, Potenciales Evocados Visuales con electroretinograma.

Repetición de los Estudios Electrofisiológicos: El diagnóstico de Muerte Encefálica es un diagnóstico eminentemente clínico. En el marco de este protocolo, en los sujetos adultos y en los niños a partir de los 6 (seis) años de edad, cuando todos los ítems del examen neurológico hayan sido cumplimentados, tanto en la evaluación inicial como en su repetición, los estudios confirmatorios electrofisiológicos no requieren ser repetidos, bastando ser realizados una única vez . En cambio, deberán ser repetidos con cada evaluación en los menores de 6 (seis) años y, a cualquier edad, cuando en el examen neurológico no se hubiera podido cumplimentar algún punto particular del mismo.

2- Métodos que Estudian el Flujo Sanguíneo Encefálico:

Arteriografía de los Cuatro Vasos Cerebrales, Ecodoppler Transcraneal, Angiografía Cerebral Radioisotópica.

Bibliografía

- 1) Ayer De Oliveira R.Terminalidade da vida em situacao de morte encefálica e de doenca incurabel em fase terminal. Revista de bioética y ética medica Conselho Federal de Medicina. Vol 13 numero 2 .2005.pag 77-82
- 2)Hernandez Lazcano O,Portela Ortiz J M.Aspectos médicos ,éticos y legales de la muerte encefálica.Portal Oficial de la Federacion Mexicana de Anestesiología 2008 pag 1-11.
- 3)Guia para la donación cadavérica en unidad de terapia intensiva. INAT. MSP y BS. 2004
- 4)Juan Pablo II .Transplante de órganos :determinación del momento de la muerte,alocución a los participantes en el Congreso de la Pontificia Academia de Ciencias,en L Osservatore Romano,15-II.1989.
- 5)Legislacion Paraguaya,ley 1246/ 98 de transplantes de órganos y tejidos anatomicos humanos.
- 6) Martinez- Lage Alvarez P,Martinez Lage JM: El diagnostico neurológico de la muerte.Manual de Bioetica General.Dr Aquilino Polaino –Lorente. 4ta edición .Rialp.Madrid.2000.pag 407-422.
- 7) Valero R ,Manyalich M.Controversia en el diagnostico de la muerte encefálica y la donación d e órganos:Aspectos éticos ,legales, cultural.Revista española de Anestesiología Reanimacion.2004.51-507-508.

Comunicación con el paciente terminal

Dr. Umberto Mazzotti

1. Introducción.

Para atender a un paciente en toda su globalidad es muy importante tener en cuenta algunos conceptos básicos de comunicación. Además la comunicación forma parte en buena medida en la atención de los pacientes en fase terminal. Se plantean continuamente dilemas a saber: cuánta y qué información dar al paciente y su familia y cómo darla. Pero esto no es lo único. Para una buena asistencia es también importante lo que el paciente nos dice y cómo lo dice, así se verá más adelante la importancia que tiene saber escuchar. Pero la comunicación no solo es importante para saber lo que piensa y siente el paciente y para informar al mismo y su familia acerca de su enfermedad y tratamiento sino, como se verá, constituye un arma terapéutica en el alivio del dolor total.

La comunicación es también importante por motivos jurídicos: muchas veces los juicios se generan cuando existió una mala comunicación con el enfermo o su familia. Por otra parte cada vez hay mayor interés en saber el diagnóstico y las opciones terapéuticas de los pacientes, por otra parte contemplados en la ley del consumidor, lo que subraya una vez la importancia de este punto.

Ojeda Martín afirma que la “tecnología (de la comunicación) son el tiempo y el espacio y las herramientas más importantes de trabajo las constituyen la palabra y la escucha”. A continuación enumera los objetivos de la comunicación con el enfermo terminal, pero que pueden adaptarse a cualquier enfermo oncológico¹: Conocer los problemas físicos y morales del enfermo. Recoger información básica para su diagnóstico y tratamiento. Hacerle sentir cuidado y acompañado hasta el final. Evaluar su reacción ante la enfermedad, sus temores y ansiedades. Conocer sus experiencias previas con la enfermedad. Facilitarle alivio sintomático eficaz y mejorar su autoestima. Ofrecerle información veraz, delicada y progresiva, según necesidades, para planificar su futuro. Negociar con él su tratamiento. Ayudarle a mantener su esperanza. Conocer qué es lo que puede aumentar su bienestar. Conocer sus valores espirituales, culturales y medios de apoyo. Detectar si existe o no la conspiración del silencio. Ayudarle a vencer el tabú de la muerte. Darle tiempo para resolver sus asuntos pendientes. Reforzar el principio de autonomía. Saber si desea conocer o dispone de las directrices finales: a) testamento vital y b) delegación de derecho. Detectar las necesidades de la familia. Abrir puertas o mejorar la relación con sus seres queridos. Hacer más directa e interactiva la relación médico-paciente.

2. Escucha Activa

Para una buena comunicación es fundamental no solo saber hablar sino sobre todo saber escuchar, que no es lo mismo que oír. En efecto, el hecho de oír se agota de lo fisiológico y no responde a nuestra voluntad. Escuchar, en cambio requiere la atención voluntaria e implica nuestro psiquismo y nuestro espíritu. Para Rogers, escuchar equivale a percibir no solo las palabras, sino también los pensamientos, el estado de ánimo, el significado personal e incluso el significado más oculto e inconsciente del mensaje que no es transmitido por el interlocutor.² Pero para escuchar una voz es necesario que uno haga callar todas las otras o no prestarles atención. Es necesario desapegarse de los propios intereses, de los propios esquemas de pensamiento y de vida para introducirse con respeto en el mundo del otro. Por esto no es una actitud pasiva sino que involucra la persona en su totalidad: intelecto, afectividad, posición del cuerpo, expresión de la cara, etc. ³ Escuchar requiere un notable empeño por la participación en una emotividad a menudo violenta o disturbada que contrasta con nuestro modo de ser y de afrontar los problemas, sobre todo para hacer callar nuestra comunicación intrapsíquica. ^{4 5}

3. Modalidades de la comunicación

Las personas contamos con diversas modalidades de comunicación. Es importante conocerlas dado que muchas veces son inconscientes y podemos hacer daño sin desearlo pero sobretodo porque son herramientas que podemos utilizar para una mejor ayudada terapéutica.

a) Modalidad Verbal: Es la que más conocemos y utilizamos en forma consciente. En esta modalidad debemos tener en cuenta en nivel sociocultural del interlocutor y así no utilizar términos muy técnicos. Además, como se verá, tenemos que tener en cuenta no solo lo que se dice sino cómo se dice.

b) Comunicación Paraverbal: Es el conjunto de características sonoras de la voz y que según sea una u otra, adquieren significados distintos. Esta modalidad apoya y enriquece la palabra.

- Volumen: Elevado: Indica muchas veces agresividad, rabia, etc. Solo es utilizado en caso de hipoacusia. Moderado: adecuado en las relaciones interpersonales. Bajo: indica intimidad, reserva. Tiene gran poder comunicativo y se utiliza frecuentemente en pacientes terminales.
- Tono: Alto: Indica desahogo emotivo y en algunos casos despreocupación. Bajo: Indica tanto seguridad o intransigencia de acuerdo al contexto.
- Intensidad: Fuerte: Indica gran carga emotiva. Débil: Si es muy acentuada indica desinterés o cansancio.
- Velocidad: Rápida: Indica rapidez de pensamiento. En general no transmite tranquilidad. Lenta: Indica claridad, racionalidad., da tiempo a la persona a asimilar la información.
- Ritmo: Es una característica muy importante en la comunicación en las relaciones de ayuda. Fluido: Utilizada normalmente entre amigos. Alterado: Puede indicar alteraciones emotivas. La mayoría de las veces indica miedo, angustia y crisis de ansiedad, por esto es utilizado muchas veces por los pacientes al hablar del diagnóstico.

- **Movimiento:** Variado: Sube y baja frases. Monótono: Indica desinterés y escasa participación emotiva. Por esto no se aconseja en la comunicación con el paciente y su familia.

c) Mímica de la cara: la parte más importante son los ojos. El mirar a los ojos, el rehuir una mirada cuando estamos con otra persona, constituye una forma de comunicación. Por esto se dice que “una mirada vale más que mil palabras”. Puede existir exceso de expresividad que generalmente está relacionado con la emotividad. Por el contrario, una inhibición en la expresividad puede comunicar poca participación emotiva y en cierto sentido, desconexión o desinterés.

d) Gestos: Pueden ser metafóricos: Indicar el tamaño de algo con las manos. De adaptación: Jugueteo con las manos. De puntualización: Mover la cabeza de arriba a abajo para afirmar. Emotivos: Poner la mano en el corazón para decir a alguien que lo queremos.

Es importante tenerlos cuenta. Pues, por ejemplo, si mientras un paciente nos cuenta su enfermedad uno juguetea con una birome o se mueve constantemente en la silla, podemos indicar agobio e inducir al paciente a no expresar sus emociones.

e) Orientación: Es el ángulo en que nos situamos con respecto a la persona con quien nos comunicamos. Cara a cara: Esta orientación puede no ser la mejor porque dificulta al paciente rehuir la mirada o interrumpir la conversación. En ángulo: Quizás sea la más apropiada ya que permite una relación directa o íntima, así como no comprometerse en la comunicación cuando no interese a uno de los interlocutores.

f) Postura: No es lo mismo estar de pie que sentarnos a su lado y a su misma altura. La comunicación es distinta si nos ponemos un metro de la cama que si nos ponemos a su lado y dándole la mano. El tocarse es comunicarse afecto íntimo y gozoso. Cuando el profesional toma la mano del enfermo parece que parte del sufrimiento del enfermo pasara al visitante. Estrechar las manos, acariciar al enfermo es una experiencia que levanta el ánimo y reconstruye a la persona.

Se han descrito dimensiones de distancia: Intima (0-30/40cm): Intercambios emotivos más intensos. Personal (40-80/100cm): Relaciones normales. Social (1-3m): Relaciones formales. Pública: más de 3 m.

Finalmente, en la comunicación es importante el cuidado de nuestra persona, la manera de vestir, limpieza, etc. 6

4. Dificultades en la Comunicación.

Considero útil identificar posibles de dificultades en la comunicación para tratar de evitarlos o corregirlos cuando esto es posible.

- Mucho ruido en el ambiente, escasa visibilidad, elevado número de personas presentes no permiten una comunicación adecuada e íntima.
- Defectos físicos como la ceguera, la sordera e defectos en la fonación.
- Muy diferente estado psico-emotivo: Si estamos muy contentos, el paciente no nos va a comentar que tiene miedo porque sospecha o sabe que se va a morir, etc.

Pero una de las dificultades mayores, que profundizaré más adelante, es la llamada “Conspiración del silencio”. En efecto, si bien el proceso terapéutico debería tener al enfermo, en cuanto sea posible, sujeto de su situación de vida y colaborador de las modalidades terapéuticas, esto no siempre sucede por un deformado paternalismo, sea de parte del personal de salud, sea de parte de sus allegados. Esta conspiración del silencio puede llevar al enfermo a recitar la comedia de la curación hasta el final, sin la posibilidad de expresar sus propios miedos y ansiedades. Se ha afirmado que no hay nada peor que las migajas de información dadas por los gestos, palabras contradictorias, ojeadas entre enfermeros y visitantes. El silencio es a menudo más cruel que la dura verdad.⁷

5. Funciones de la comunicación

Se pueden describir varias funciones de la comunicación en la relación médico – paciente, de las cuales destacamos:

- **Función catártica y liberadora del lenguaje:** Por medio de esta función el individuo tiene la capacidad de liberarse de una serie de tensiones emotivas que han sido generadas por su situación de malestar.
- **Función de reconocimiento y consideración del otro:** Debemos intentar comprender la situación del enfermo. Demostrar interés por lo que relata.
- **Función de adquisición de conocimiento:** Concepto de feedback por el cual el paciente nos brinda información que nos pueden servir para calibrar nuestra posterior intervención.
- **Función de refuerzo de modificación del comportamiento:** Intentar modificar el comportamiento del otro con la intención de mejorar su calidad de vida. Este soporte debe ser constante tanto para el paciente como para su familia. En algunos casos es bueno confrontar los datos ofrecidos por el paciente. Por confrontar se entiende hacer ver a quien se está ayudando las posibles incoherencias entre lo que dice y lo que hace, entre lo que quiere y lo que vive, entre los valores y sus comportamientos, entre sus sentimientos y su comunicación, entre la realidad y la percepción que de ella tiene. Para confrontar es útil tener en cuenta estas sugerencias: a): Realizarlo solo después de crear un clima de confianza, cuando uno esté seguro que la intervención no será percibida como moralizante. b): Que el deseo sea siempre ayudar. c): dudar de lo que uno cree es bueno para el otro. d): Antes de confrontar, escuchar. e): Evitar generalizaciones. f): Hablar en primera persona: “Yo creo que ...⁸

6. Decir o no la Verdad

Este es un punto ampliamente discutido y que siempre nos acosa en nuestra relación con los pacientes y sus familias en la enfermedad oncológica. Intentaré abordar este tema con la intención que sea una ayuda para luego cada uno tomar sus decisiones al respecto.

Existe la tendencia a polarizar esta disyuntiva en torno a dos posiciones antagónicas: Una mantiene que comunicar el diagnóstico y pronóstico es una inútil crueldad y la otra, en cambio, defiende una relación basada en la franqueza y la transparencia.

Quien en la perspectiva de un pronóstico infausto aboga por un comportamiento basado en la reticencia y la mentira, aduce como motivo los inconvenientes de la verdad. No siempre el diagnóstico es exacto y menos aún el pronóstico. El choque de la comunicación de una enfermedad mortal puede desmoralizar al enfermo y precipitarlo a la depresión. En este sentido son citados casos esporádicos de suicidio. Esta actitud concuerda con la tendencia general de nuestra sociedad occidental moderna de esconder la muerte. El dilema se plantea entre verdad y amor (mentira piadosa). Abrir con realismo la verdad sobre el principio del fin puede tener el efecto de un choque, que no solo aumenta el dolor y la angustia, sino que también paraliza toda actividad de un deseo de curación y puede acelerar el fin.

Aparte de estas consideraciones en vistas al bien del enfermo pueden haber, especialmente en el médico, otro motivo muy distinto. Se trataría de una resistencia por parte del médico, como abogado de la vida, a tener que declarar su capitulación. Puede verse reforzado si el médico no ha superado en su persona el pensamiento sobre la verdad y esencia de tener que morir. Por esto se afirma que el criterio por el que no se comunica la verdad, en la mayor parte de los casos, no es por caridad con el que va a morir sino por hedonismo del que sigue vivo.⁹

En cambio, quienes toman partido por la franqueza con el enfermo, subrayan los efectos negativos del silencio. El hecho de callar instaura un clima de hipocresía tanto para el paciente como para sus familiares. Quien debe afrontar la última fase de su vida y tiene el presentimiento de la muerte (y lo tienen siempre o casi siempre) se siente abandonado justo en el momento más difícil de su existencia. Se le quita la posibilidad de elaborar su propia angustia comunicándosela a alguien. El sufrimiento moral (soledad, incomprensión, sentido de incomunicabilidad) es en estos casos mucho mayor que el sufrimiento físico.

Otro aspecto a considerar es el puramente ético. El derecho a la verdad es reivindicado como un derecho fundamental de la persona y es expresión del respeto que se le debe. Negando la verdad al enfermo grave, se le impide vivir como protagonista la última fase de la vida. Además quizás fuese necesario tomar decisiones importantes y sobre todo quizás el paciente habría tenido la oportunidad de hacer un balance de la vida que constituye, a veces, un momento espiritual particularmente intenso. Con respecto a las decisiones me permito relatar a modo de ejemplo un caso particular que asistimos en la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital de Clínicas: Se trataba de una paciente de unos 50 años. Ante la información que le dimos de que su enfermedad no tenía cura y que era esperable una muerte cercana, la paciente quedó muy agradecida porque dándose cuenta de la situación quería, antes de morir, reconciliarse con su madre a quien no veía desde la adolescencia. Volviendo a la perspectiva ética, es claro que sin información no es posible la autonomía (uno de los pilares de la ética médica).

Muchos enfermos aspiran a tener un cierto control sobre su situación, un mínimo de libre albedrío. No menos importante es el tema de los testamentos médicos, que puede constituir un antídoto del encarnizamiento terapéutico.

Finalmente la prospectiva de un fin próximo puede constituir una última etapa de crecimiento, no solo desde el punto de vista trascendente, sino también en un horizonte de inmanencia. En ese momento se pueden establecer diálogos esenciales con el cónyuge, los hijos, los amigos y constituyen la más profunda consolación de los que se quedan.¹⁰

7. Cómo dar bien las malas noticias.

En lo personal me inclino por la opción de brindar la verdad al enfermo. Pero lógicamente que, por un lado como en todos los temas no se puede ser dogmático, y por otro lado comunicar la verdad para que tenga los buenos efectos deseables debe ser comunicada no de cualquier manera. En caso contrario haríamos un mal, ese mal que justamente los que defienden la “mentira piadosa” temen. Es sabido que en EEUU donde actualmente se dice la verdad casi siempre pero donde muchas veces no tiene en cuenta el como, son muchos los males que se relatan como atestiguan algunos films como “Dad” o “Esperanza de Vida” que algunos recordarán. Por este motivo me parece fundamental tener conceptos básicos de cómo dar bien las malas noticias.

En primer lugar antes de comunicar un diagnóstico es esencial individualizar y considerar algunos elementos o variables que pueden servir de orientación para ser más o menos explícitos a la hora de dar información al enfermo, así como determinar la necesidad de diseñar estrategias complementarias de soporte.¹¹ Estos elementos son:

- a) Equilibrio psicológico del enfermo:** Intentar prever, lo mejor posible, las reacciones emotivo-afectivas que puede provocar el anuncio de un diagnóstico de este tipo. Hay que tener en cuenta que muchos enfermos de cáncer sufren depresión que hay que diagnosticar y tratar. Depresión que es uno de los elementos a tener en cuenta al comunicarnos con el paciente.
- b) Gravedad de la enfermedad y estadio evolutivo:** Cuando existen posibilidades de tratamiento curativo se impone mayor información que cuando no existen.
- c) Edad:** En general cuanto más jóvenes los pacientes desean más información y más explícitos por tanto hay que ser. Por el contrario, en algunas personas mayores, en quienes la autonomía está muy limitada por déficits neuropsíquicos es aconsejable ser más cauto en la información.
- d) Impacto emocional sobre la parte enferma:** Especialmente los genitales, la mama, el colon cuando implica la posibilidad de una colostomía definitiva, etc.
- e) Tipo de Tratamiento:** Cirugías más o menos mutilantes, efectos secundarios de la quimio o radioterapia.

A continuación describiremos algunos puntos importantes para comunicar bien las malas noticias:

- a) Estar absolutamente seguro:** Es primordial estar seguros tanto del diagnóstico como del pronóstico, especialmente si este es de incurabilidad.
- b) Busque un lugar tranquilo:** El contexto en que se desarrolle la información tiene mucha importancia. Y disponer de tiempo. El médico debe aparecer relajado, sin prisas, animoso, satisfecho de poder explayarse con el enfermo, sin aparentar temores o embarazo y en actitud de sentirse capaz de responder a cualquier clase de preguntas.

Algunas veces puede ser deseable la presencia de algún familiar en el momento de la información. El familiar podrá confortar al paciente. Este soporte es precioso cuando, como consecuencia de la emoción y del impacto, este último rompe a llorar. Este hecho, lejos de significar una mala práctica del médico, es una reacción normal, comprensible y con frecuencia beneficiosa. En estos momentos es imprescindible hallarse en un lugar tranquilo y es útil tener pañuelos de papel a disposición.

c) El paciente tiene derecho a conocer su situación: Es necesario que más allá de todas las diferencias culturales se reconozca el derecho del enfermo a la verdad. Existen excepciones:

- Privilegio terapéutico: En el caso que el médico crea que la información puede ser claramente perjudicial para el enfermo. Para esto es preciso que el médico disponga de elementos de juicio objetivos.
- Rechazo del enfermo: Cuando el enfermo no quiere hacer uso de su derecho y renuncia a él. Puede ser expresa o tácita (no pregunta).

Este derecho se fundamenta en el principio de autonomía, por esto hay que tener también en cuenta que nada debería ser dicho a las personas del entorno del enfermo sin su conocimiento o incluso en su ausencia. Como mínimo el circuito de información debería ser discutido seriamente con el enfermo. Esto tiene que ver con el secreto profesional al que estamos todos obligados.

d) Es un acto humano, ético, médico y legal. En este orden: Aunque existan imperativos legales, informar de una dolencia mortal es, antes que nada, un acto humano. Es un acto ético porque, como ya dije, implica el principio de autonomía. Como la comunicación es una ciencia que no se debe improvisar y que el médico debe conocer, es también un acto médico. Es también un acto legal, pero si este es eje principal se produce una secuencia como la siguiente: Diagnóstico □ Pronóstico □ Veredicto □ Sentencia. La consecuencia es que el médico se siente como un verdugo y el paciente como un reo.

En la relación médico-paciente se distinguen en estos momentos dos modelos en conflicto: a) el paternalismo tradicional que es actuar como padre, en beneficio del paciente, pero sin su consentimiento y b) el contractualismo que consiste en un proceso de decisión compartida entre agentes morales que respetan derechos y obligaciones como reglas de juego.

Caben críticas a ambos modelos: El paternalismo ha entrado en el ocaso con la sociedad tecnológica e informada que desafía toda autoridad, y la crisis de la razón médica cuestiona la bondad de la pretendida benevolente beneficencia. Asimismo, ya son sensibles los límites y peligros del modelo contractual, que no se ajusta a la naturaleza de una relación terapéutica y tiende al legalismo y al minimalismo moral. Por esto es preciso remodelar la relación médico-paciente fundada en la *philia*, fundada en el encuentro de una confianza y una conciencia, un enfermo competente y un profesional calificado y responsable.

e) No existe una fórmula: Existen tantas formas de dar malas noticias como médicos y enfermos. Los enfermos son todos distintos entre sí.

f) Averigüe lo que el enfermo sabe: Es preciso hacerse una idea de lo que el paciente sabe de su enfermedad, de su gravedad. La mejor manera de averiguarlo es preguntando. Lo que nos responde nos informa acerca de 3 elementos esenciales:

- Lo que el enfermo comprende de su enfermedad desde el punto de vista médico.
- Cómo se expresa el enfermo: estado emocional y nivel cultural.
- Contenido emocional de los mensajes del enfermo: verbal y paraverbal. Es importante detectar discordancias entre los mensajes verbales y paraverbales.
- Los pacientes saben generalmente mucho más de los que los médicos creen y por supuesto, mucho más de lo que se les ha dicho. Existen múltiples fuentes de información:
- Comentarios del médico a otras personas, escuchados por casualidad
- Afirmaciones directas por parte del personal (otro profesional distinto al médico)
- Comentarios entre médicos, escuchados por casualidad
- Afirmaciones directas por parte de amigos, familiares, sacerdotes, abogados, escribanos.
- Cambios en el comportamiento de los demás hacia el enfermo
- Cambios en los tratamientos médicos
- Autodiagnóstico: lectura de libros médicos, de la historia clínica, etc.
- Señales del propio cuerpo y cambios del estado físico
- Respuestas alteradas de los demás con respecto al futuro
- Comentarios hechos por otros enfermos.

En este momento cabe recordar que diversos estudios han demostrado que más vale no tener ninguna información que tener una información vaga e incompleta.

g) Averigüe lo que el enfermo quiere saber: Dar oportunidades al enfermo de preguntar, con lo cual se puede ir sabiendo qué es lo que el enfermo quiere saber y a qué ritmo. El asunto de que el enfermo tenga derecho a saber su enfermedad, no implica que todos los enfermos quieran ejercitar ese derecho.

h) Averigüe lo que el enfermo está en condiciones de saber: Debemos detectar si el enfermo está en condiciones de saber. Por ejemplo no el enfermo puede no estar en condiciones en el postoperatorio inmediato o si ha presentado vómitos recientemente, o se le ha administrado un calmante. A veces no está en condiciones en los momentos iniciales, pero puede estarlo más adelante.

i) Dar la posibilidad de preguntar: Los profesionales del equipo deben estar muy atentos a la solicitud de información. En efecto el enfermo lo intentará un número limitado de veces, se encerrará en sí mismo.

j) Ofrecer algo a cambio: Decir la verdad supone el compromiso previo de ayudar a integrarla. Es necesario, por lo tanto, hacerle comprender al paciente que el equipo no lo abandonará pase lo que pase y que él es muy importante para el equipo.¹² Por otra parte, si la enfermedad está muy avanzada y la expectativa de supervivencia es extremadamente corta, probablemente haya que ser más cauto ya que es muy posible que no podamos garantizar al enfermo una cierta calidad de vida, ni el enfermo tendrá tiempo para asimilar la situación. Además un cáncer puede haberse diagnosticado en forma fortuita, en una persona normal, asintomática. En esta situación habrá que suministrar la información muy poco a poco.

k) No discutir con la negación: La negación es un mecanismo adaptativo, como profundizaré más adelante. Sin embargo, hay que diferenciar la negación de la desinformación: no se ha proporcionado la información o se ha proporcionado información ambigua.

l) Aceptar ambivalencias: Esta actitud de negación, conduce con frecuencia a comportamientos ambivalentes, que tenemos que saber identificar y respetar.

m) Simplicidad y sin palabra malsonantes: Utilizar un lenguaje comprensible para el enfermo. A veces es aconsejable no utilizar palabras, como cáncer, con muy mala reputación, dado que se puede informar de forma bastante aproximada sin necesidad de utilizarlas. En efecto, la palabra cáncer tiene un carácter peyorativo o condenatorio. Muchas personas lo asocian automáticamente con la muerte. La solución no está en no decirles la verdad sino en intentar rectificar la idea que tienen de ella, demitificándola. A veces no es necesario que el enfermo conozca exactamente el nombre de su enfermedad, pero sí que sepan que su situación es grave y que la posibilidad de morir es real.

n) No establecer límites ni plazos: El conocimiento de la verdad, no implica entrar en detalles minuciosos de la evolución que pueden hacer daño al enfermo. Muchas veces y sobre todo su familia preguntan por la supervivencia estimada. No debemos caer en el error de brindar muchas estadísticas dado que estas no implican nada para un paciente en particular. En cambio, conviene dar repuestas más generales. Tener en cuenta que por una parte es necesario aprender a convivir con la duda pero por otra parte esta no puede ser enorme dado que la incertidumbre que genera vivir en la duda es uno de los aspectos más doloroso de una enfermedad grave.

Algunos enfermos pueden hacer una pregunta todavía más directa y conmovedora: “¿Me voy a morir?” Cuando esta posibilidad es real en un plazo relativamente breve conviene no caer en la tentación de repuestas fáciles como: “Todos vamos a morir”, dado que una repuesta de este tipo puede ser muy mal tomada por parte del enfermo sintiéndose no tomado en serio. No dar un plazo fijo es importante además para prevenir el duelo anticipatorio de la familia cuando el ser querido vive más de lo esperado.

ñ) Gradualmente, no es un acto único: Evitaremos dar demasiada información en el primer encuentro. La información dosificada, nos permitirá percatarnos de la repuesta del enfermo a la información recibida.

La información debería ser un proceso de interrogación mutua, continua, a ritmo variable y no previsible de antemano.¹³ El médico debe tomarse todos los plazos que necesite hasta que adquiera una conciencia clara del grado de información que ese preciso paciente es capaz de asumir. El paciente marca el camino y el ritmo. El criterio debe ser el de la “**verdad soportable**”, que es aquella información cierta que puede asumir y aceptar el paciente. La soportabilidad es cambiante en función del tiempo de evolución de la enfermedad y de la información recibida.

o) A veces es suficiente no desengañar al enfermo: Con frecuencia son los propios pacientes los que dicen al médico su diagnóstico. En algunos casos es oportuno provocar esta situación preguntando al enfermo, por ejemplo, ¿Qué opina usted de su enfermedad?

p) Extreme la delicadeza: Esto es necesario tanto para el paciente como para su familia.

q) No diga nada que no sea verdad: Si por prudencia debemos ser muy cautos al informar debemos recordar que lo contrario de la verdad cruel no es la mentira piadosa sino la verdad piadosa es decir adaptada, escalonada, respetuosa. Recordar que la verdad es un antídoto del miedo. En efecto, lo terrible y conocido es mucho mejor que lo terrible y desconocido. De hecho, no es infrecuente que los pacientes manifiesten que desde que conocen su diagnóstico valoran mucho más la vida. Por último es necesario tener en cuenta el refrán: “La mentira tiene patas cortas”.

r) No quitar la esperanza: Subrayamos la importancia de no abandonar al enfermo como forma de afirmar la esperanza. No quitar la esperanza se refiere siempre a esperanzas realistas: prolongar la sobrevida, aliviar los síntomas, acompañar hasta el final, etc. Lógicamente no significa la esperanza sin fundamento que lleva al encarnizamiento terapéutico o a ilusiones que provocan terribles desilusiones.¹⁴

Bibliografía

- I) Ojeda Martín M.: La comunicación en las relaciones de ayuda. En: Medicina Palitiva. 1ª edición. Gomez Sancho M. y colbs. Arán, Madrid 1999; capítulo 52, pág 833.
- II) Rogers C.: Libertà nell'apprendimento, Giunti Barbera, Firenze 1973, pág. 253. Citado en: Accanto al malato. 2ª edizione. Carretta F., Petrini M. Città Nuova, Roma 1995, cap. 8, pág. 49.
- III) Giordani B.: Si può sempre ascoltare?, in AA. VV., L'ascolto que guarisce, Cittàdella, Assisi 1989, pp 72-73. Citado en: Accanto al malato. 2ª edizione. Carretta F., Petrini M. Città Nuova, Roma 1995, cap. 8, pág. 49.
- IV) Ojeda Martín M.: La comunicación en las relaciones de ayuda. En: Medicina Palitiva. 1ª edición. Gomez Sancho M. y colbs. Arán, Madrid 1999; capítulo 52, pp. 834-835.
- V) Carretta F., Petrini M.: Accanto al malato. Città Nuova, Roma 1995, cap. 8, pág. 49.
- VI) Ojeda Martín M.: La comunicación en las relaciones de ayuda. En: Medicina Palitiva. 1ª edición. Gomez Sancho M. y colbs. Arán, Madrid 1999; capítulo 52, pp. 835-838.
- VII) Carreta F., Petrini M.: Accanto al malato. Città Nuova, Roma 1995, cap. 8, pág. 51.
- VIII) Ojeda Martín M.: La comunicación en las relaciones de ayuda. En: Medicina Palitiva. 1ª edición. Gomez Sancho M. y colbs. Arán, Madrid 1999; capítulo 52, pp. 839-840; 842-843
- IX) Domenech Llovería E., Polaino Lorente A.: Comunicación y verdad en el paciente terminal. Polaino-Lorente A. Manual de bioética general. Madrid: Rialp 1994; 242. Citado en: Medicina Palitiva. 1ª edición. Gomez Sancho M. y colbs. Arán, Madrid 1999; capítulo 53, pág. 856.
- X) Gómez Sancho M.: Decir o no la verdad.. En: Medicina Palitiva. 1ª edición. Gomez Sancho M. y colbs. Arán, Madrid 1999; capítulo 53, pp 855-857.
- XI) Tamburini M., Filiberti A., Gamba A., Perry L., Ventafidda V.: La comunicazione della diagnosi di cancro. Milan: Lega italiana per la lotta contro i tumori, 1988; 8-10. Citado en: Medicina Palitiva. 1ª edición. Gomez Sancho M. y colbs. Arán, Madrid 1999; capítulo 54, pág. 860.
- XII) Ibañez GE.: Un intento de explicar el por qué (de la información). Jano 1991; 953: 40. Citado en: Medicina Palitiva. 1ª edición. Gomez Sancho M. y colbs. Arán, Madrid 1999; capítulo 54, pág. 874.
- XIII) Twycross RG.: Rehabilitation in terminal cancer patients. Eular Pup BASel Int Med 1991; 3: 135-144. Citado en: Medicina Palitiva. 1ª edición. Gomez Sancho M. y colbs. Arán, Madrid 1999; capítulo 54, pág. 877.
- XIV) Broggi MA.: {prólogo}. En: Quintana O. Por una muerte sin lágrimas. Barcelona: Flor del viento, 1997; 23-24. Citado en: Medicina Palitiva. 1ª edición. Gomez Sancho M. y colbs. Arán, Madrid 1999; capítulo 54, pág. 882.
- XV) Gómez Sancho M.: Como dar bien las malas noticias. En: Medicina Palitiva. 1ª edición. Gomez Sancho M. y colbs. Arán, Madrid 1999; capítulo 54, pp 860-887

Bioética en cuidados intensivos

Dr. Hugo Bianco

1. Introducción.

Los Cuidados Intensivos y la Bioética son disciplinas relativamente jóvenes, pero ya han conseguido un enorme desarrollo e impacto en la medicina actual. Durante los años 60 las técnicas de soporte vital comenzaron a tener relevancia sanitaria y el médico comenzó a tener por primera vez el control efectivo sobre la muerte y el concepto de muerte natural ha ido perdiendo vigencia, sustituido por el de muerte intervenida. En este momento comenzaron los cuestionamientos sobre quién tiene que intervenir o no y a quién corresponden las decisiones de las que dependen la vida y la muerte de las personas; surge de esta manera el nacimiento de la Bioética ante la necesidad de modificar y controlar el modo de toma de decisiones y el poder médico sobre la vida y la muerte; el objetivo era hacer más participativo éste proceso (1).

El conocimiento y la correcta aplicación de los principios básicos de la bioética en el contexto del paciente crítico es de vital importancia en la toma de decisiones en diversas y frecuentes situaciones (1,2). El principio de Beneficencia comprende no simplemente el bienestar físico objetivamente visto por el médico, sino además y primordialmente lo que el paciente crea que es lo mejor para él mismo. El principio de Autonomía debe ir cobrando cada vez más importancia pues el paciente tiene el derecho, si es competente, a rechazar todo tipo de asistencia, incluso la indicada. Puede rechazar la asistencia que no parece del todo indicada, como el de las situaciones terminales, aún con competencia disminuida. El principio de No Maleficencia obliga al médico a nunca utilizar procedimientos que sean claramente dañinos, es decir, que estén claramente contraindicados, aún con el consentimiento de paciente. La Justicia distributiva hace referencia en general a la igualdad social de oportunidades para acceder a una atención de la salud con un servicio digno y básico y en particular en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) a la racionalidad en adjudicación de recursos en relación con el pronóstico y las disponibilidades existentes. En la práctica médica y en especial en pacientes críticos la aplicación de los principios de la bioética pueden generar conflictos y tensiones entre intereses del paciente, el médico, la medicina y hasta la sociedad en general; estas situaciones pueden reducirse al mínimo mediante el consenso y la participación de todos los afectados, incluyendo si los hubiere a integrantes de Comités de Bioética.

Los conocimientos de bioética nos ayudan no solamente a considerar que pacientes serán favorecidos por el ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos, sino que una vez ingresados nos podrían guiar a adoptar conductas en situaciones particulares tales como reanimar o no un paciente, como conducirnos frente a un paciente terminal e inclusive señalar criterios de alta de pacientes de la UCI. Las diversas recomendaciones generales o específicas que derivan de la bioética y son aplicadas a la UCI se deben considerar dentro del ámbito particular del paciente, pues estas pueden variar de un país a otro y de una unidad a otra (3,4). En esta revisión nos referiremos solamente a algunas situaciones específicas a las que a diario nos confrontamos en UCI de Adultos.

Criterios de Admisión en Unidad de Cuidados Intensivos

La UCI son sitios donde son admitidos pacientes con riesgo actual o potencial de complicaciones que ponen en peligro la vida, sobretodo para condiciones médicas de carácter reversible. Si bien esta aseveración parece clara, al momento de su aplicación en la rutina diaria, sin la utilización de criterios más explícitos, la apropiada utilización de las costosas camas de UCI podría estar comprometida (5).

La decisión de admisión de pacientes en UCI puede estar basada en varios modelos (6). En el modelo diagnóstico se utiliza la presencia de condiciones específicas o enfermedades que justifiquen la admisión (infarto agudo de miocardio con complicaciones, embolia pulmonar con inestabilidad hemodinámica, accidente vascular cerebral con alteración de la conciencia, pancreatitis grave, etc). El modelo de parámetros objetivos de evaluación incluye a alteraciones de los signos vitales, laboratoriales, de imágenes, electrocardiográficas y hallazgos del examen físico (frecuencia respiratoria >35/minuto, hiponatremia <110 mEq /L, aneurisma disecante de aorta, fibrilación ventricular, coma, etc). El modelo de priorización categoriza a los pacientes desde aquellos que se beneficiarían más de la UCI hasta los que no se beneficiarían de la misma. Es importante remarcar que el rechazo a la admisión por parte del paciente competente debe ser respetado y que pueden existir otras situaciones coyunturales que influyen importantemente en la decisión de admitir o no un paciente a la UCI como la falta de camas por cierre temporal por refacciones o afluencia masiva de pacientes (accidentes o epidemias) entre otras.

En 1988, la Sociedad de Cuidados Críticos Americana define como prioridad para admisión a UCI a pacientes que necesitan un tratamiento intensivo (asistencia respiratoria mecánica por ejemplo), a pacientes que requieren observación para monitoreo y en último lugar a pacientes inestables con pocas posibilidades de recuperación (aunque sean admitidos) (7). Recomendaron no admitir pacientes tales como los que se encuentran con evidente muerte cerebral y no es posible la donación de órganos, a los que rechazan el ingreso y a pacientes en estado vegetativo permanente.

En 1994 la misma sociedad a través de su Comité de Ética propone bases de razonamiento sobre las cuales las decisiones deberían sustentarse: probabilidad de suceso del tratamiento, esperanza de vida del paciente en relación a la enfermedad aguda, la calidad de vida previa, deseo del paciente o su representante, dificultades para personas implicadas (incluyendo costos financieros y psicológicos), posibilidad de rechazo al ingreso de otros pacientes, necesidades de la comunidad y valores institucionales e individuales, morales y religiosos(8).

La última propuesta de categorización por prioridades de pacientes para su ingreso en UCI por parte del grupo americano data del año 1999, en la cual presentan 4 niveles de priorización (6).

Prioridad 1: pacientes críticos, inestables, que necesitan de monitoreo y tratamiento intensivo que no es posible realizar fuera de la UCI (asistencia respiratoria mecánica, inotrópicos, etc). No se limita la duración del tratamiento. En este grupo tenemos a los pacientes en post-operatorio o con insuficiencia respiratoria aguda que requieren asistencia respiratoria mecánica y los pacientes en shock o con hemodinamia inestable que requieren monitoreo invasivo y/o drogas vasoactivas.

Prioridad 2: pacientes que necesitan un monitoreo intensivo y una potencial intervención inmediata (riesgo de descompensación). Tampoco se ponen límites a la terapéutica. Corresponde al grupo de pacientes con comorbilidades crónicas con cuadros médicos o quirúrgicos agudos severos.

Prioridad 3: pacientes inestables y críticos, pero con pocas posibilidades de recuperación debido a una enfermedad subyacente y/o un proceso agudo no controlado. Pueden recibir tratamiento intensivo para el cuadro agudo, pero deben fijarse límites a los esfuerzos terapéuticos (intubación endotraqueal o resucitación cardiopulmonar). Acá se incluyen a los pacientes con neoplasias avanzadas complicadas con infecciones, taponamiento cardíaco u obstrucción de vías aéreas.

Prioridad 4: Pacientes en general no apropiados para UCI. Su admisión se debe basar en la evaluación individual del caso, bajo circunstancias particulares y con anuencia de director de la UCI. Se los divide en dos grupos: A) Pacientes que serán poco beneficiados debido al bajo riesgo de intervenciones posibles (ausencia de gravedad o riesgo de descompensación). El paciente se encuentra muy bien para ser beneficiado del ingreso y su cuidado se puede realizar fuera de la UCI. Corresponde a pacientes con cirugía vascular periférica, cetoacidosis diabética con estabilidad hemodinámica, insuficiencia cardíaca moderada e intoxicados concientes. B) Pacientes con cuadros terminales irreversibles y muerte inminente. Demasiado enfermo para ser beneficiado por la UCI. Como ejemplos en este grupo se citan a pacientes con daño cerebral severo irreversible, falla multiorgánica irreversible, cáncer metastático sin respuesta a quimioterapia y/o radioterapia (al menos que esté en un protocolo específico), pacientes que rechazan la posibilidad de ingreso y que reciben tratamiento paliativo solamente, muerte cerebral sin posibilidad de donación de órganos, estado vegetativo permanente, etc.

Los criterios de admisión en UCI deben ser concebidos luego del estudio exhaustivo del tema por un equipo multidisciplinario, deben adecuarse a las características específicas de cada unidad y sobretodo deben ser escritos con claridad y ser difundidos ampliamente(6).

Se recomienda la creación de un comité que evaluará la posibilidad de modificaciones en cuanto al contenido de las guías y educará al personal comprometido (6).

Una forma de evaluación de la adecuación y el cumplimiento de las recomendaciones es el estudio de los pacientes que no fueron admitidos a la UCI luego de la solicitud de ingreso (9,10,11). Dichos estudios revelan que las recomendaciones son respetadas en general en la práctica cotidiana muy parcialmente, que existe una gran variabilidad de criterios utilizados, que el rechazo de pacientes es frecuente y llama la atención que no solo en nuestro medio la falta de camas es un motivo no despreciable de rechazo de pacientes. Es importante que las autoridades competentes tomen conciencia y equipen los hospitales convenientemente con camas y dispositivos indispensables para cumplir con la demanda de pacientes que requieren su admisión en una UCI.

Otra forma de evaluación de conductas es el estudio de la mortalidad oculta (mortalidad de egresos vivos de UCI al alta hospitalaria), la cual nos permite replantear, en caso de mortalidad elevada, si la admisión de los pacientes estuvo verdaderamente justificada (12,13).

Si bien el conocimiento y aplicación correcta de los criterios de ingreso es de fundamental importancia para la optimización del funcionamiento de las UCI, la salida de los pacientes también tiene relevante influencia, sobretodo liberando camas en beneficio de otros que los necesitan. Los pacientes pueden ser dados de alta de la unidad cuando el estado fisiológico se halla estabilizado y la necesidad de monitoreo y cuidados en UCI no son mas necesarios o cuando el estado fisiológico se ha deteriorado y la necesidad de intervenciones activas ya no son necesaria y no están planeadas; el egreso hacia un servicio de menor nivel de complejidad como el de una Unidad de Cuidados Intermedios es recomendado (6).

Limitación del esfuerzo terapéutico

La limitación de la terapéutica (LT) activa es definida por la no instauración o la no optimización de una o varias terapéuticas curativas o de reemplazo de fallas de órgano, que como consecuencia puede adelantar el momento de la muerte. La suspensión de la terapéutica (ST) activa es definida por la suspensión de una o varias terapéuticas curativas o de reemplazo de falla de órgano ya instalado, que como consecuencia puede adelantar el momento de la muerte. En ambos casos el tratamiento paliativo asociado permite luchar contra las incomodidades físicas, emocionales, espirituales o sociales (14).

Uno de los objetivos de la LT/ST en UCI es el de incrementar la disponibilidad de camas en condiciones de acoger a los pacientes que llegan al hospital gravemente enfermos, limitando su ocupación con pacientes con nulas posibilidades de sobrevivir. Otro objetivo es el de limitar el gasto de unos recursos inevitablemente restringidos, al prolongar una atención que tan solo dilata la agonía. El tercer motivo es el de evitar, por una parte, más molestias físicas a un paciente con nulas posibilidades de sobrevivir; y por otra parte, evitar que la enorme tensión emocional que sufren día a día los familiares se prolongue más allá de lo necesario. Además serviría al médico y enfermeras para clasificar a aquellos pacientes con posibilidades reales de sobrevivir, y dirigir hacia ellos sus esfuerzos (15).

Encuestas que evalúan la actitud del médico (16, 17,18,19) revelan que 83% ha limitado el soporte y un 63% ha retirado las medidas de soporte. Para la toma de decisiones se implica a todos los miembros del staff en el 52%, se limita al equipo médico en el 45% y menos de la mitad afirman haber consultado con la familia. El orden de preferencia de retirada se inclina hacia los fármacos vasoactivos (78%), seguido de lejos por la ventilación mecánica (48%), la nutrición (38%) y los líquidos (21%). Los factores que son considerados de mayor relevancia para la toma de decisiones son la calidad de vida previa (67%), la probabilidad de no sobrevivir a su estancia en el hospital (61%), que el paciente sea portador de una enfermedad crónica severa (54%) y que tenga un problema agudo potencialmente no reversible (54%). Se menciona también a la futilidad del esfuerzo terapéutico como factor decisivo, entendiéndose a ésta como aquel tratamiento médico del que razonablemente no puede esperarse que alcance sus objetivos fisiológicos, por tanto no necesita ser ofrecido ni iniciado (definición académica). También se la puede definir como tratamientos que no ofrecen una esperanza razonable de beneficio al enfermo y suponen una carga para el paciente, la familia y la sociedad, retrasando la muerte y prolongando la agonía (definición ética).

Los pacientes incluidos en la categoría de plausibles de LT/ST en UCI mas frecuentemente son aquellos que presentan patologías e insuficiencias crónicas muy evolucionadas, en ocasiones terminales y que ingresan por una crisis o reagudización de su patología, o bien enfermos que con una enfermedad de inicio agudo, van presentando sucesivas complicaciones, que llevan al progresivo deterioro de los órganos desencadenando en un fallo multiorgánico, acompañado en ocasiones de la pérdida de funciones físicas o psíquicas, que pueden comportar en el futuro una grave discapacidad (16).

Recientemente, interesantes recomendaciones y normativas inherentes a la LT/ST en UCI de adultos han sido publicadas (14,20,21,22,23,24), las cuales la resumiremos en las siguientes líneas:

- En general se acepta que no existen diferencias éticas, legales ni morales entre no iniciar o retirar un tratamiento, cuando éste se demuestra inútil.
- La decisión de LT/ST debe ser precedida de una reflexión argumentada, razonada, razonable y compartida entre todos los encargados del cuidado del paciente.

- La propuesta de discusión del tema puede ser iniciada por el propio paciente, un allegado o un integrante del personal médico o paramédico.
- Es recomendado que un personal médico de experiencia, que se ocupa del paciente, sea el que informe al paciente competente o los allegados sobre el proceso de discusión.
- En caso de pacientes incompetentes, un deseo expresado o escrito previamente por el paciente debe investigarse, además de testigos de su voluntad, pero no deben ser los únicos elementos de decisión.
- En general los allegados intervienen de manera importante en el proceso y en caso de pronóstico fatal, la información de allegados, salvo oposición expresada por el paciente, es requerida, debiendo ser clara, adaptada y leal. Sus opiniones no son decisivas pero deben ser consultadas.
- Terceros pueden ser solicitados a participar en caso de dificultades, falta de comprensión o conflictos (otros médicos, comité de ética clínica, psiquiatra o un representante de la iglesia).
- La decisión de LT/ST requiere el consenso del personal médico y paramédico y una vez tomada la decisión puede ser reconsiderada o anulada en caso de nuevos argumentos.
- Todos los datos de las diferentes etapas del proceso deben quedar detallados en la historia clínica del paciente.
- Para la suspensión de la asistencia respiratoria mecánica dos técnicas son recomendadas: la extubación directa y suspensión de la ventilación. La segunda opción parece menos psicológicamente traumática para los allegados y el personal paramédico y consiste en la disminución progresiva o rápida de los parámetros respiratorios del respirador.
- El traslado del paciente a otro sitio de la UCI u otra medida que facilite la intimidad del paciente con los allegados se debe favorecer.
- Finalmente se remarca la importancia de la formación específica del personal médico y paramédico a efecto de mejorar la competencia y la práctica profesional en este campo.

La Orden de No Resucitación (ONR) es una orden médica específica de no comenzar una resucitación cardiopulmonar (RCP) en caso de paro cardiorrespiratorio (PCR). Es importante no confundirla con la decisión de limitación o suspensión del esfuerzo terapéutico. La ONR no limita ningún otro tratamiento, sea el inicio de un antibiótico, drogas vasopresoras o la intubación traqueal (19,25).

La urgencia que debe ser iniciada inmediatamente de la constatación de un PCR. El personal médico o paramédico que encuentra al paciente en paro no tiene tiempo de informarse de la situación particular del paciente y tiene la obligación de iniciar la resucitación en todo paciente en ausencia de orden contraria (ONR). Más del 50% de los PCR ocurren en los hospitales, de ellos una proporción no despreciable de manera previsible. La RCP es un tratamiento agresivo que entra en conflicto con un fin de vida digno y se acompaña de un pronóstico reservado, el paro hospitalario tiene una sobrevida al alta de solamente 10%. Si la RCP restablece las funciones vitales, pero sin que sea posible liberar al paciente del respirador y/o cause daños neurológicos irreversibles, es motivo de sufrimiento importante para el paciente, su entorno y el personal hospitalario. Por consecuencia la ONR apunta en realidad a asegurar a pacientes terminales una muerte digna y a protegerlos contra un tratamiento que no consiste más que en una forma de encarnizamiento terapéutico (25).

La decisión de no resucitación puede ser determinada por el propio paciente, pero en los casos de incapacidad de discernimiento por parte del mismo o en caso franco final de la vida, la discusión con el paciente no es necesaria, pero sí es necesaria la discusión y consideración de los otros cuidados indispensables. Al igual que la limitación terapéutica, debe ser correctamente descrita en la historia clínica del paciente, conocida por todo el personal de la UCI y debe ser regularmente actualizada (25,26).

Como reflexión final podemos señalar que catalogar a una UCI como exitosa según sus tasas de sobrevivida no sería la forma más completa y justa de evaluación, considerando de esta manera a la muerte como un fracaso. Debería ser evaluada también por la calidad de vida de los sobrevivientes, por la calidad de morir de los fallecidos y por la calidad de las interrelaciones humanas que se dieron en cada muerte (27).

Bibliografía

- 1) Gracia D. Los Cuidados Intensivos en la era de la Bioética. En: Net Á , editor . Ética y Costes en Medicina Intensiva .Barcelona:Springer-Verlag Ibérica ; 1996.p.1-5.
- 2) Pacin J, Gherardi CR. Reflexiones sobre los Dilemas Bioéticos en Terapia Intensiva. En: Raad J,editor .50 años temas/VI Congreso Panamericano e Ibérico de Medicina Crítica y Terapia Intensiva.Ecuador:Noción; 1999.p.71-6.
- 3) Pochard F, Azoulay E, Chevret S, Virissonneau C, Grassin M, Lemaire F et al; for the French PROTECTIC group.Crit Care Med 2001;29:1887-92.
- 4) Haverkate I, van Delden JJM, van Nijen AB, van der Wal G. Guidelines for the use of do-not-resuscitate order in Dutch hospitals. Crit Care Med 2000; 28: 3039-43.
- 5) Levin PD, Sprung CL. The process of intensive care triage. Intensive Care Med 2001;27:1441-45.
- 6) Task Force of the American College of Critical Care Medicine ,Society of Critical Care Medicine . Guidelines for intensive care unit admission, discharge, and triage.Crit Care Med 1999; 27: 633-38.
- 7) Society of Critical Care Medicine Task Force on Guidelines . Recommendations for Intensive Care Unit admission and discharge criteria . Crit Care Med 1988; 16: 807-8.
- 8) Society of Critical Care Medicine Ethic committee Consensus statement on the triage of critical ill patients. Jama 1994;271:1200-3.
- 9) Pochard F, Azoulay E. Decision de no-admission en reanimation. Reanimation 2001;10:244-50.
- 10) Azoulay E, Pochard f, Chevret S, Vinsonneau C, Garrouste M,Cohen I et al; for the PROTECTIC Group. Compliance with triage to intensive care recommendations.Crit Care Med 2001; 29: 2132-6.
- 11) Bianco H, Ferreira F, Romero F, Báez S, Figueredo B, Ayala C, Sartori J.Refused patients in Intensive Care Unit. Abstract 453. 9th Congress of the World Federation of Intensive and Critical Care Medicine.Sheraton Hotel, Buenos Aires-Argentina; 27-31 August 2005.
- 12) Báez S, Bueno E, Yáñez L. Bianco H. Evolución hospitalaria de pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos. Anales de la SPMI 2001; 5: 15-19.
- 13) Net Á, Roglan A, Quintana E. Aspectos éticos y económicos de la mortalidad oculta en Cuidados Intensivos. En: Net Á , editor . Ética y Costes en Medicina Intensiva .Barcelona:Springer-Verlag Ibérica ; 1996.p.72-83.
- 14) Ferrand E. Les limitations et arrêts de thérapeutiques actives en réanimation adulte.Réanimation 2002 ;11 : 442-9.
- 15) Caballero J, Esteban A. Limitación del esfuerzo terapéutico. En: Net Á , editor . Ética y Costes en Medicina Intensiva .Barcelona:Springer-Verlag Ibérica ; 1996.p.188-94.
- 16) Sánchez Segura JM. Retirada o no inicio d soporte vital. En: Net Á , editor . Ética y Costes en Medicina Intensiva .Barcelona:Springer-Verlag Ibérica ; 1996.p.195-205.
- 17) Ferrand E, Robert R, Ingrand P, Lemaire L,for the French LATAREA group. Withholding and withdrawal of life support in intensive care unit in France: a prospective survey. The Lancet 2001;357: 9-14.
- 18) Pendergast TJ, Luce JM. Increasing Incidence of Withholding and withdrawal of Life Support from the Critically ill. Am J Respir Crit Care Med 1997; 155: 15-20.
- 19) Nyman DJ, Sprung CL. End-of life decision making in the Intensive Care Unit. Intensive Care Med 2000; 26:1414-20.
- 20) Nasraway SA.Unilateral withdrawal of life-sustaining therapy : Is it time ?Are we ready? Crit Care Med 2001; 29:215-217
- 21) Singer PA, Baker G, Bowman KW, Harrison C, Kernerman P, Kopelow J; for the University of Toronto of Joint Center for Bioethic / Critical Care Medicine Program Task Force. Hospital policy on appropriate use of life-sustaining treatment. Crit Care Med 2001; 29:187-191.
- 22) Stevens L, Cook D, Guyatt G, Griffith L, Walter S, McMullin J.Education , ethics, and end-of-life decisions in the intensive care unit.Crit Care Med 2002;30:290-296.
- 23) Luce JM.The art of negotiating.Crit Care Med 2001;29:1078-9.
- 24) Thompson BT, Cox PN, Antonelli M, Carlet JM, Cassell J, Hill NS et al. Challenges in End-of-Life Care in the ICI : Statement of the 5th international consensus Conference in Critical Care : Brussels, Belgium, , April 2003 :Executive Summary.Crit Care Med 2004;32: 1782-86.
- 25) Chevrolet JC. L'Ordre ne pas réanimer en soins intensifs.Aspects éthiques et position du Conseil d'éthique clinique des hôpitaux universitaires de Genève (Suisse). Reanimation 2003 ; 12 : 78-87.
- 26) Leonard CT, Doyle RL,Raffin TR. Do-not-resuscitate order in the face of patient and family opposition.Crit Care Med 1999 ; 27 : 1045-7.
- 27) Truog RD, Burns JP. Excellence in end-of-life care: a new goal for intensivists.Intensive Care Med 2002;28:1197-99.

Ecología

Ecología, medio ambiente, y bioética

Dra. Imelda Martínez - Núñez

El presente trabajo de investigación y reflexión, pretende, en un primer momento, presentar los hechos más salientes del vasto y profundo deterioro que hoy padece la biosfera, es decir, la ecología y el medio ambiente en que la vida humana se despliega. Hecha esta constatación de tan grave e inminente amenaza, recogeremos y sopesaremos las múltiples razones que desde ideologías muy diferentes se han dado en estos últimos decenios para explicar este alarmante suceso e indicar las salidas que aquí y allá se proponen como plan de salvataje.

Y por último, plantearemos el afrontamiento racional de que somos moralmente responsables, de acuerdo a una Bioética personalista.

Sin embargo, antes de comenzar con el primer punto, queremos esclarecer y precisar brevemente estos conceptos claves de: ecología, medio ambiente y Bioética, que hoy día han ganado la calle con profusión y han perdido con ello la claridad y precisión que necesitan.

I. Conceptualización

Ecología es una palabra derivada de dos vocablos griegos, oikos (casa, habitat) y logos (conocimiento, ciencia), y fue introducida en el uso científico por E. Haeckel en 1869, significando con ella las múltiples relaciones entre los seres vivos y su contexto o ambiente natural¹. En los principios, la ecología sólo se preocupaba de los múltiples intercambios tróficos entre animales, plantas y medios telúricos. Con los años, el interés y las investigaciones sobre estos intercambios fueron creciendo hasta ocupar disciplinas científicas muy diversas sobre el clima, el suelo, las aguas y la naturaleza tan variada, ordenada y cíclica. Comenzó a hablarse de Biosfera y ecosistemas, enriquecidos con factores bióticos y abióticos. Comenzó a hablarse de ecología humana.

Así pues, en estos últimos decenios, con el descubrimiento de los daños y corrupción de los valores ecológicos, se han multiplicado no sólo los estudios científicos, sino también la preocupación y alarma de la gente común. La ecología se ha vuelto una moda y está en la mira no sólo de los hombres de ciencia, sino también de los sociólogos, políticos, moralistas y religiosos.

Por **medio ambiente**, en cambio, entendemos dentro de la vasta y compleja ecología, algo más inmediato y próximo a la vida de los hombres y que constituye el asentamiento habitual en que se acoge y crece la existencia cotidiana, y es el hábitat (rural o urbano).

Según la definición de la Comunidad Europea con el término ambiente se expresa “el conjunto de los elementos naturales que, en la complejidad de sus relaciones, constituyen el marco, el medio, las condiciones de vida del hombre”². Sin embargo, lo que decimos de medio ambiente es todavía más amplio. Es el espacio físico y social que el hombre promueve y cultiva con su esfuerzo laboral, procurando hallar bienestar de vida en su contexto. Es el terruño patrio; su aire, su sol y su clima; sus lluvias y estaciones; su silencio, tranquilidad y sus ruidos. Subrayemos eso que acabamos de decir, que el medio ambiente es espacio físico y social, porque es el espacio humano de la convivencia en que natura y cultura recíprocamente se promueven o se arruinan.

Los estudios que se han hecho en estos últimos decenios, han dado cuenta de que el número de variables ambientales es muy elevado, con acciones y reacciones recíprocas muy diversas².

Y de la ecología física, terrestre, hemos de pasar a la ecología psíquica y moral. Y nuestra preocupación crece hoy día, porque el hábitat cultural en que se decanta y respira nuestra existencia espiritual se ha pauperizado enormemente. El Papa Juan Pablo II ha llamado a nuestra cultura secularista, cultura de la muerte³.

Vemos entonces, que la ecología y el medio ambiente son conceptos muy amplios y analógicos, que abarcan la naturaleza física y circundante y la naturaleza espiritual.

Ahora nos volvemos a la **Bioética** para comprender su misión y su contenido epistemológico. Es saber humano de índole práctica y operativa, nacido bajo la presión de las fuertes inquietudes que nos proporcionan las rotas relaciones entre la naturaleza y la vida.

Bioética: etimológicamente, ética de la biología y de la vida. Según la Encyclopedia of Bioethics “es el estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de la ciencia de la vida y del cuidado de la salud, en cuanto esta conducta es examinada a la luz de los valores humanos y de los principios”. Según otras fuentes, aquella parte de la filosofía moral que considera la licitud o ilicitud de las intervenciones sobre la vida del hombre y, de modo particular, de las intervenciones relacionadas con la práctica y el desarrollo de las ciencias médicas y biológicas⁴.

Los delicadísimos problemas que han planteado la ingeniería genética, así como la manipulación eugenésica y eutanásica han concentrado la atención de la Bioética en las cuestiones íntimas de la vida incipiente y de la vida terminal. Otra rama de la Bioética, sin embargo, ha prosperado de igual modo llevando sus estudios a la descomposición o deterioro de la vasta ecología en que convive la familia humana.

De cualquier modo, que se estreche o que se amplíe el concepto epistemológico de la Bioética, es necesario destacar que ella es ética, es decir, saber moral que regula la conducta libre de la persona humana; lejos, por consiguiente, de todo materialismo mecanicista y de todo darwinismo biólogo o vitalista, afirmamos una Bioética, ciencia moral, que compromete la responsabilidad más empeñosa de la persona humana. Se trata pues de una Bioética personalista.

II. El Profundo y vasto deterioro de la biosfera

En estos últimos dos siglos, XIX y XX, la adquisición científica y tecnológica, rápida y amplia, con que el hombre ha logrado domesticar las energías y riquezas de la naturaleza terrestre, ha generado un poderoso universo de valores “artificiales” con un efecto doble y ambiguo de lo más desconcertante y amenazador.

Con certeza podemos afirmar que el incremento de las ciencias experimentales, así como la tecnología poderosa que de ellas se han seguido, han aportado incontables valores de utilidad, de salud y de bienestar existencial a la vida de los hombres. De eso nadie puede tener duda, pensando objetivamente. Esto es lo positivo y fecundo que los adelantos científicos y técnicos han aportado a la humanidad de estos dos o tres últimos siglos y que de ninguna manera podemos menospreciar.

Sin embargo, día a día, también se acrecienta la certeza de que estas ciencias y estas prácticas de nuestra cultura tecnológica, promovidas de una manera tan avasalladora y hasta irracional en ocasiones, han traído a nuestra biosfera tales desequilibrios y efectos nocivos que, según dicen hombres sabios alertados, amenazan seriamente la viabilidad de la existencia humana sobre la tierra. Y como dice Pérez de Nucci “la idea de que el desarrollo industrial y la mejora de vida son sinónimos, ha entrado en crisis profunda desde hace algún tiempo”⁵.

Los variados desechos y gases que lanzan al aire las industrias, corrompen el medio ambiente. Las lluvias de materias ácidas que contaminan el suelo y el agua dulce, perjudican a plantas y peces. La llamada “cultura del automóvil” intoxica nuestros ambientes urbanos y vuelven inhóspitas nuestras ciudades. “Tan es así que entre 1970 y 1980 el número de vehículos se ha multiplicado por dos, y hasta el año 2000 es posible que se duplique nuevamente” (Instituto de Estudios Económicos, 1990), lo han dicho Ferrer y Pelaez en la esmerada obra: Población, Ecología y Medio Ambiente⁶.

La agricultura mecanizada y hecha hoy día de manera macro empresarial, al margen del abundante provecho económico que rinde, genera también efectos depredadores y nocivos sobre el suelo, como la deforestación de la tierra, las erosiones, y la desertificación de las praderas. Cabe señalar también lo perjudicial del uso a sobredosis de abonos químicos e insecticidas.

Y aquí damos a conocer un hecho muy elocuente de lo que ocurre en nuestro país, Paraguay, otrora tan lleno de bosques, plácidos arroyos y verdes paisajes. Según datos del Departamento de Recursos Naturales del Ministerio de Agricultura y Ganadería (MAG), en 1945, el Paraguay contaba en la región oriental con 8,5 millones de hectáreas de bosques, que en 1998, se redujo a 2,5 millones de hectáreas, con una velocidad de tala indiscriminada actual de alrededor de 500 000 hectáreas por año⁷.

Hay alarma por todos los continentes del empobrecimiento ecológico, desertificación de las tierras, polución del aire y del agua dulce, extinción de especies vegetales y animales, así como los desconcertantes cambios climáticos y convulsiones oceánicas (ej: el tsunami). Según dice el mismo ingeniero Estigarribia, "cada 20 minutos una especie viviente se extingue para siempre..."⁷. Y todos experimentamos el excesivo calor que reseca la tierra, efecto del "agujero de ozono"⁸.

A todos estos desequilibrios ecológicos, alteraciones desconcertantes de la Biosfera, se han añadido en estos últimos decenios daños sutiles y extraños detectados por los científicos y que son generados por el impresionante arsenal tecnológico con que hoy vivimos equipados: televisión, computadoras, Internet y celulares. En gran medida nuestra existencia va abandonando la naturaleza y pone su bienestar en los artefactos⁹.

Hemos de advertir, por último, que estas amenazas ecológicas no solamente están incidiendo sobre la calidad de la vida humana sobre la tierra. Inciden también, sobre la cantidad y posibilidad demográfica a que es sometida la especie humana, por causa de este empobrecimiento, desertificación y extinción creciente de las especies vegetales y animales que constituían su sustento. El neomaltusianismo se aprovecha de estas circunstancias para difundir por el mundo sus presunciones catastróficas y alentar de varias maneras el control de la natalidad.

III. Razones y respuestas frente a los hechos

Estos hechos que acabamos de citar sumariamente, y que no son de novela ni de fantasía, han movido a científicos y a filósofos a buscar razones y causas que den explicación de los fenómenos.

Aparte de algunas ideologías catastróficas que anuncian una irreversible amenaza de ruina de este mundo, tres o cuatro son las corrientes de pensamiento que desde posturas muy diferentes y opuestas tratan de dar razón de los hechos.

Comenzamos por esa **corriente ecocéntrica**. Sostiene que la razón más poderosa del deterioro, corrupción y extinción de los valores ecológicos naturales proviene de la **corriente del antropocentrismo**, es decir, de la creencia y filosofía de que el hombre es la cima y centro del universo, subordinando a su utilidad, goce, y arbitrio, todas las otras realidades naturales. Y culpan a la religión judaica-cristiana que ha desmitificado la tierra, reduciéndola a simple valor de utilidad, a simple cosa y erigiendo al hombre como persona depositaria de todos los derechos. Denuncian estos autores, Singer¹⁰, Ferrater Mora¹¹, Linzey¹² y otros, al antropocentrismo de "especicismo", es decir, concentración de todos los valores y derechos en el ser humano.

Contra toda la tradición de la historia jurídica occidental, propugnan estos autores, que también las plantas, los animales y hasta las rocas del Alto Paraná tienen derechos. Han pasado, incluso, recogiendo aportes de ciertas religiones antiguas (que tenían como dioses, al sol, o al río Nilo, o al buey Apis y al nutrido panteón de dioses telúricos), que deifican a la tierra como la Diosa-Gaía, a cuyo culto debemos retornar. Así habla la Deep Ecology.

Otras filosofías por el contrario, llevan hasta el paroxismo de la **corriente evolucionista** (Lamarck y Darwin) del siglo XIX, y defienden la natural de los hombres fuertes y ciclópeos. Sostienen que el género humano sirve para provecho de unos pocos “privilegiados”. Sostienen con B. Spinoza que “por naturaleza el pez grande como al chico”. En consecuencia, no hay otro remedio que el control multiforme de la natalidad y aprovechar todos los adelantos de la biología genética para esos pocos, capaces, fuertes y nobles que tienen derecho a la subsistencia. Es el neo darwinismo o el neo-maltusianismo que propugna el biologismo cientificista de nuestro tiempo.

Hay otras corrientes de pensamiento, que sin hilar muy fino en filosofía, se arriman más bien al sociologismo y al economicismo, propugnando soluciones paliativas de control poblacional o campañas políticas de desarrollo.

Lo característico de todas estas soluciones paliativas es que ignoran profundamente las fuerzas morales y espirituales con que los hombres deben responsabilizarse para afrontar la crisis ecológica que nos preocupa. El secularismo no les permite superar el empirismo positivista con que viven y piensan.

Vemos de este modo, y muy sucintamente, que las ideologías del siglo, como el cientificismo, el economicismo, el biologismo naturalista y el neo-maltusianismo, han expresado diagnósticos. Y han señalado soluciones, sin tener en cuenta la responsabilidad moral de la familia humana, en la recuperación racional del equilibrio y solidaridad con que la natura y la cultura deben coexistir. Como dice bellamente una canción paraguaya: “las plantas son parientes que en el rancho siempre están”.

IV. Mirar desde la bioética personalista

Viene muy a punto recordar las palabras de Juan Pablo II, en su Encíclica Sollicitudo rei sociales¹³ “no se pueden utilizar impunemente las diversas categorías de seres, vivos o inanimados - animales, plantas, elementos naturales – como mejor apetezca, según las propias exigencias económicas. Al contrario, conviene tener en cuenta la naturaleza de cada ser y su mutua conexión en un sistema ordenado, que es precisamente el cosmos”.

La bioética personalista, como su propio nombre nos está diciendo, es un saber moral, regula la conducta humana libre, y enseña el **deber ser** de la persona humana, frente a los grandes desafíos que la crisis de nuestra ecología y medio ambiente nos plantea.

Sin negar los aportes muy necesarios y eficientes que las ciencias, la política y la economía pueden y deben darnos, la ecología personalista pone el acento en la excelencia y dignidad de la persona humana. Esto no impide destacar los valores propios que la naturaleza circundante, mineral, vegetal y animal, tiene de acuerdo a la esencia y jerarquía axiológica de cada realidad. Respetar la naturaleza es respetar la condición racional y voluntad justa del ser humano, cuya conducta libre, en ningún momento debe ser disoluta, arbitraria y abusiva.

Como decía muy atinadamente un filósofo” antes que luchar por los valores, hay que luchar por la jerarquía y orden de los valores”

Porque en la raíz profunda de la crisis ecológica se halla el desorden humano: de la codicia, del individualismo, de la soberbia colectiva, imperialista y terrorista. Como dice la Biblia “maldita la tierra por tu culpa, espinas y abrojos te producirá14.

Una perseverante y persuasiva educación debe llevarnos a percibir y vivenciar la estrecha interdependencia y solidaridad entre natura y cultura. Esta persuasión y conciencia deben estar en la base de todo saber y toda práctica de Bioética.

Bibliografía

- 1) Gran Enciclopedia Rialp (GER). Tomo VIII. p 209-17.
- 2) Ferrer RM, Pélaez LA. Población, ecología y medio ambiente. EUNSA, España 1996, p 13.
- 3) Ioannes Paulus PP.II. Evangelium vitae N° 64. Disponible en : MACROBUTTON HtmlResAnchor www.vatican.va/edocs.
- 4) Blázquez N. Bioética. La nueva ciencia de la vida. BAC, Madrid 2000, p 439-40.
- 5) Perez de Nucci. La urgencia de la ecología ética. CB 24, 4º 95, pp 399-406.
- 6) Ferrer RM, Pelaez LA. Población, Ecología y Medio ambiente. EUNSA, Navarra 1996, p 194.
- 7) Departamento de Recursos Naturales del Ministerio de Agricultura y Ganadería
- 8) Estigarribia VA. Egocentrismo social. Desarrollo sostenible: pilares de un nuevo modelo económico, ABC color 9 enero 2005, p. 3.
- 9) Ballesteros J. CB 42, 4º 2000, PP 184-199.
- Reale G. Raíces culturales y espirituales de Europa. Herder. España, 2005.
- 10) Singer P. Liberación animal. Editorial Trotta, Valladolid 1999.
- 11) Ferrater MJ, Cohn P. Etica Aplicada. Del aborto a la violencia. Alianza Editorial, España 1996.
- 12) Linzey A. Los animales en la teología. Herder, Barcelona 1996.
- 13) Ioannes Paulus PP. II. Sollicitudo rei sociales N° 34. Disponible en : MACROBUTTON HtmlResAnchor www.vatican.va/edocs.
- 14) La Biblia. Génesis 3,17-18.

La nueva ética mundial

Dr. Enrique de Mestral

La ética tradicional se ocupaba de los actos humanos, su realización, y sus efectos inmediatos. La ciencia ha posibilitado intervenciones con efectos de largo alcance (prolongación de la vida humana, manipulación genética, energía atómica, contaminación), y han surgido, por tanto, nuevas dimensiones de responsabilidad (justicia intergeneracional; el hombre de hoy no tiene derecho a arriesgar la vida de la generación futura). Se impone pues una ética de automoderación a favor de la calidad de vida humana en esta etapa de la historia y para el futuro.

Entre los “ecopecados” podríamos citar: la falta de control de la población en algunas zonas del planeta, así como el envejecimiento acelerado en los países desarrollados que causará crisis sociales, económicas, y culturales inéditas. Por un lado, el descenso sostenido de la natalidad a causa de la difusión de mentalidades cerradas a la procreación, la crisis de la familia estable, la incorporación de la mujer al trabajo, el pesimismo social que provoca una sociedad materialista y consumista, o las crisis económicas en los países desarrollados, donde hay más féretros que cunas; y por el otro, la destrucción del medio ambiente, y la explosión demográfica del Tercer Mundo, son realidades que tientan a perder el tiempo en quien degrada más. En los primeros países, la eutanasia puede sobrevenir como un método potencial para aligerar el peso de los sistemas de seguridad social, y en los menos desarrollados, ya se da una intervención chantajista de los países ricos para poner freno al crecimiento demográfico, la implementación de políticas poblacionales para recibir ayuda de las entidades supra nacionales.

La población humana continuará su crecimiento hasta alcanzar unos 9 mil millones de personas hacia mediados de este siglo, para estabilizarse luego y descender a finales del presente siglo.

Los poderes transnacionales que promueven la globalización están diseñando y erigiendo nuevas estructuras para administrar este complejo proceso planetario. Se podría afirmar que, el poder formal (estado, gobiernos) corresponde a estructuras que son simples ejecutoras de las estrategias emanadas del ámbito de poder real (24). Estos poderes transnacionales están compuestos por: el Club de Roma, el Club de los 300, el Clan Rockefeller, Fundación Ford, Grupo Rotschild, diversas familias reales europeas, Grupo Milner, los Illuminati, la Francmasonería, la Tabla Redonda.

En este contexto se está gestando el Nuevo Orden Mundial y una Nueva Ética Mundial que busca el desarrollo sustentable, con un concepto totalizante, holístico, donde los seres humanos dejan de ser el criterio central para pasar a ser una parte del todo. Sus objetivos: establecimiento de un gobierno único mundial, destrucción irremediable de toda identidad y orgullo nacional, el aniquilamiento de la religión, técnicas de condicionamiento psicológico para el dominio de las masas, fomentar guerras en los países pobres (25).

Somos conscientes de que la reflexión ética no soluciona los problemas de las realidades demográficas tan intrincadas y complejas, pero según dice un proverbio indio “Es mejor encender una vela que maldecir la oscuridad”.

La ética ecológica debería proponer la defensa de la calidad de vida humana en armonía con el medio ambiente, incentivar un camino para superar la confrontación del hombre con la naturaleza.

Los problemas de la humanidad ya no pueden ser resueltos por los gobiernos nacionales. Se propone la desaparición de la soberanía nacional por parte de los estados con un único gobierno mundial, un único derecho universal, una reinterpretación de los derechos humanos, una religión o ética global. Los que así piensan desean un gobierno mundial, mediante el fortalecimiento de las Naciones Unidas.

El nuevo paradigma consistiría en determinar y jerarquizar las medidas prioritarias, para atender las necesidades básicas para el desarrollo. Subordina los derechos individuales a los económicos. Además, las políticas sanitarias de todos los gobiernos deberán privilegiar la atención de la salud de las personas en edad activa y que prestarán beneficios ciertos a la economía (8).

Las promesas marxistas de alcanzar el paraíso en la tierra y los intentos liberales de lograr un bienestar absoluto, confluyen en el Nuevo Orden, que pretende mucho más.

El Nuevo Orden exige la desaparición del cristianismo. Las éticas monoteístas no podrán ser aplicadas en el futuro (9). No tolera que la Iglesia tenga como objetivo fundamental la transmisión del mensaje de Jesucristo como salvífico, la necesidad de conversión personal. Aunque la Iglesia nunca se opuso al progreso que mejore la calidad de vida de los hombres.

Según la Revista Science (2), el cristianismo es la religión más antropocéntrica que el mundo ha visto. Según ellos, la civilización cristiana es culpable de la crisis ecológica, que proviene de la incapacidad del ser humano de reconocer las limitaciones que le impone su condición de administrador, no de dueño de la Creación.

La New Age intenta llegar a Dios a través del conocimiento y la experiencia basados en elementos que toman prestados a la espiritualidad oriental y de técnicas psicológicas. Reemplazan la responsabilidad personal de nuestras acciones frente a Dios con un sentido del deber frente al cosmos, tergiversando así el verdadero concepto de pecado y la necesidad de la redención por medio de Cristo (17).

El teólogo Hans Kung (16), en la nueva ética planetaria, excluye la verdad absoluta, imponiendo a la humanidad un proceso sin fin de búsqueda de consensos.

En 1997, la “Carta de la Tierra”, un proyecto oficial de la ONU, ha sido colocada en la llamada Arca de la Esperanza, remedo del Arca de la Alianza. Fue llevada en procesión a la sede de las Naciones Unidas y ha presidido las reuniones preparatorias para la Cumbre de Johannesburgo. Se pretende reemplazar los 10 mandamientos por los principios contenidos en esta Constitución de la Tierra. El principio básico es que la humanidad es parte de un vasto universo evolutivo. Se trata de una nueva ética, un nuevo código universal de conducta, una nueva antropología para un nuevo mundo, dirigido por las ONU (15).

Resaltan algunas personalidades en esta corriente, como: Mikhail Gorbachev con la Cruz Verde Internacional (14), Maurice Strong del Consejo de la Tierra, la cantante Mercedes Sosa, Madre Tessa Biellick, fundadora de la primera comunidad monástica mixta.

En el aspecto económico y sanitario, la Declaración de Alma Ata, en 1978 (7), proponía la obtención para toda la población mundial de un nivel de salud que le permita llevar una vida “social y económicamente” productiva.

La Revista The Economist (12) propone que las industrias contaminantes lógicamente deben emigrar al Hemisferio Sur, porque pagarán menos impuestos por el daño que producen y porque la vida de un inglés vale más que la de cientos de indígenas.

En el campo poblacional y reproductivo, en 1994, la única prioridad absoluta en los proyectos de la OMS es la salud reproductiva (10).

McNamara, presidente del Banco Mundial, en la década del 70, decía: “Es preferible gastar ahora un dólar en programas de planificación familiar en los países en desarrollo que tener que gastar luego 20 en programas de desarrollo del Tercer Mundo” (22).

Diez mil familias en el mundo manejan las seis mil quinientas millones de personas del planeta, a través de declaraciones de los líderes mundiales, estableciendo pautas para todos los gobiernos. De hecho, se establecen pautas en el plano de la política poblacional, la educación, la salud, la economía, que se imponen a los Estados a través de los organismos de las Naciones Unidas (23). Tener en cuenta que el 88% de la riqueza mundial se encuentra en los países desarrollados (USA, Canadá, Europa, Japón, y Australia), y el 12% restante en el resto del mundo que tiene el 82% de la población del planeta.

Los organismos internacionales y asociaciones más destacadas en el campo del control demográfico y promoción de la planificación familiar son: el Fondo de Naciones Unidas para las Actividades de Población (FNUAP), Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF), con su agencia local: el CEPEP; la OMS, Family Care International, Population Council, Catholics for a free Choice, dependiente de la Fundación Ford; Fundación Rockefeller, Population Institute, Worlwatch Institue.

Como que el 80% de la población mundial vive en el Tercer mundo, ya el Informe Kissinger proponía para América Latina políticas de control de natalidad, con el cambio de los preceptos religiosos y culturales de los pueblos que hacen inviables estas políticas de control de natalidad. Los encargados de implantar esas políticas deben ser los mismos naturales de los países en cuestión, previamente reeducados en los países del Norte (3). La educación será considerada como un instrumento para llegar a índices de natalidad más bajos, y no como un derecho cultural de la población (4).

En 1965, La American College of Obstetrics and Gynecology (5) declara que el embarazo comienza con la implantación del óvulo fecundado, permitiéndoles así la intervención humana en esos días previos (píldora del día después, dispositivos intra uterinos, fertilización in vitro, clonación).

Fletcher, en la Ética del control genético (20), declara: "Es probable que tengamos que adoptar controles compulsivos de la fertilidad y de las herencias disgenéticas, del mismo modo que tuvimos que enfrentar la vacunación obligatoria para prevenir las enfermedades contagiosas. Todo individuo notoriamente enfermo o aquejado de taras hereditarias no tiene derecho a reproducirse, y debe retirársele materialmente la facultad de hacerlo".

En 1935, Hitler había impuesto la eutanasia a los débiles mentales e incurables, había preparado una ley de esterilización (11). Todo reparo ético para los nazis era una debilidad. Dependientes de la filosofía nietzscheana, superar la ética judeo-cristiana era para ellos un imperativo.

El nazismo y el comunismo han intentado eliminar a quienes no pueden ser convertidos en masa uniforme o a los inservibles.

Los regímenes totalitarios tienen como rasgo típico el ataque al hombre en sus dimensiones físicas, psicológicas, y espirituales. El totalitarismo inhibe, paraliza, congela y anestesia la capacidad de juicio personal y la toma de decisiones libres. Se distrae la atención, se inhibe la capacidad crítica, se retira toda responsabilidad, y la persona se convierte en irresponsable y alienada. El totalitarismo ya no usa la fuerza física, destruye el yo.

El sujeto se ve como llevado a adoptar una ideología que favorece un comportamiento, que conviene a quien se lo quiere imponer, y lo sufre como una ocupación de su mente. La ideología asumida por el dominado, por el colonizado mental, le predispone a aceptar e incluso a consentir formas de violencia física.

En 1997, la OMS establece unos criterios de distribución de anticonceptivos post coitales y aspiradoras uterinas, en los campos de refugiados y en todos los centros de cuidados de la salud primaria, en las zonas más pobres del planeta (13).

La Conferencia de Beijing trata el tema de la autonomía reproductiva. La mujer, sin conocimiento del marido, o las menores, sin conocimiento de sus padres, pueden decidir acudir al aborto, esterilizarse, o someterse a prácticas anticonceptivas.

En la Conferencia El Cairo +5, se propone que los padres no deben interferir en la educación sexual de sus hijos menores, ni siquiera en el acceso de sus hijos a la regulación de la natalidad y el aborto.

En 1980, la OMS declara que el sexo de una persona es determinado por la naturaleza, pero su género lo elabora la sociedad (6), y lo mismo afirma la Comisión de desarrollo sustentable.

Algunas declaraciones oficiales de la OMS reflejan tendencias que son inaceptables para la Santa Sede (18). No pocos gobiernos aprueban leyes inicuas (19).

La Declaración de los Derechos Humanos de 1948 tiene también una falta de fundamento ontológico. Podemos dividirla en: a) Derechos Civiles y Políticos: derecho a: la vida, la libertad, circular, formar una familia, la propiedad, pensar libremente, la asociación y la participación política; y b) Derechos Económicos, Sociales, y Culturales: derecho al trabajo, a la acción sindical, a la salud, a la alimentación, a la vivienda, etc.

Frente a toda esta nueva filosofía, el Card. Ratzinger refiere que en Jesucristo y en la fe de la Iglesia hay una verdad permanente y universalmente vinculante, convirtiéndose así ipso facto en el único verdadero enemigo de la sociedad relativista. En un mundo individualista, “el hombre sólo es él mismo, y si el sujeto autónomo es el que tiene la palabra, puede quererlo todo, quiere de la vida lo máximo que se puede querer de ella”. Los objetivos políticos se convierten en contenidos religiosos, en la perspectiva de alcanzar la plena felicidad intramundana. Pero no fuimos creados para nosotros mismos, sino para el amor, la entrega, la renuncia. Convertirse no es hacer como todos, sino comenzar la propia vida con los ojos de Dios (1).

Apreciación personal.

Vemos en estos textos citados una lucha por la introducción de una nueva mentalidad, que considera que debe liberarnos de un pasado cultural agobiante, alienante, y demasiado sectorial para encontrar una utilidad al conjunto. En parte es cierto. No puede ser que cada nación sea tan independiente para terminar con sus bosques, contaminar las aguas y el aire. Vemos mucha disparidad en la comprensión de lo ecológico en diferentes partes del mundo. Mientras, en grandes partes de Latinoamérica se sacrifican bosques para el cultivo de la soja, que finalmente sirve para alimentar al ganado vacuno durante el invierno, en los países del norte; en Europa, se imponen restricciones severas para los caños de escape de los vehículos particulares, se obliga a los dueños de perros a recoger sus excrementos en las calles y plazas. En el Paraguay, las aguas servidas de la ciudad capital van directamente al río, y los desechos se depositan en su ribera, donde los indigentes trabajan para encontrar objetos con el más mínimo valor para subsistir.

El desarrollo de la conciencia ecológica es muy desigual y llevará mucho más tiempo que la destrucción de los recursos naturales en los países menos desarrollados. Lo extraño es que justamente en países que tuvieron un contacto muy prolongado y una gran dependencia de la naturaleza, como los pueblos latinoamericanos, sean justamente los que más se destruyen detrás de la ambición desmedida de conseguir mucho y pronto.

No estaría del todo mal que se pueda establecer una ética mundial, pero respetuosa de la vida humana, de la dignidad personal, de la familia, y de la libertad de conciencia. Por otro lado, no podemos imponer a la humanidad una política poblacional que toque la intimidad de los cónyuges limitándolos a un número de hijos o al modo de educarlos. Más grave aún es la toma de decisiones a nivel mundial de las poblaciones que deben mermer.

Asistimos hoy a movimientos migratorios inversos. Cuando antes los europeos colonizaban la América Latina o el África, o transplantaban sus poblaciones y culturas a América del Norte, hoy asistimos a una emigración importantísima de los países pobres de América Latina y África a Europa, de México a EEUU. En parte debido a la miseria, pero también para "llenar el vacío" producido en esos países ricos por la escasa natalidad. En algunos países, la tasa de natalidad llega al 1,3 niños por mujer, no reponiendo la población del país. En algún lugar de Cataluña, se llega a importar familias con hijos a lugares donde ya no se justifican las escuelas, para mantener sus pueblos con la actividad educacional básica.

El desarrollo integral, que incluye aspectos, como: salud e higiene, seguridad social básica, educación, desarrollo económico, participación política, o una adecuada inflación, se vislumbra como la estrategia más humana para caminar hacia el equilibrio de la población mundial (21). Ciertamente el cristianismo -que ha informado a la cultura sobre el respeto a la persona, a la mujer, a la espiritualidad- molesta.

Los cambios que se aproximan en un futuro ya cercano serían: la utilización del tiempo, el ciberespacio, la modernización de la agricultura, la industrialización de los países menos desarrollados, la tecnología omnipresente, las mejoras en la educación y en la salud, aunque persistirán las plagas en los países pobres; el desarrollo de una medicina para los ricos (clonación terapéutica, ingeniería genética, transgénicos, trasplantes costosos), la implementación de la eutanasia como política (así como ya se admitió el aborto legalizado), políticas de desarrollo acelerado en los dos países con más pobres en el mundo (India y China), polarización de la hegemonía política y económica hacia la China.

Todo esto tendrá que ver con la bioética, pues los que hoy son jóvenes verán la implementación de una serie de medidas compulsivas a las poblaciones del mundo, y se atentarán, sin duda alguna, a la dignidad humana en nombre del desarrollo.

Escapa a mi capacidad y formación el conocimiento de las estrategias para el cambio de mentalidad de las poblaciones. Pero es un trabajo que debe ser hecho urgentemente para preservar lo que hemos heredado y poder dejar algo bueno a los que vendrán.

Bibliografía

- 1) Ratzinger, J. La Nueva Evangelización. La gran tentación: buscar el gran éxito. Roma 30-06-01.
- 2) White, L. Las raíces históricas de nuestra crisis ecológica. Science 155, 1967, pp. 1203-1207.
- 3) Sanahuja, J. C. El Gran Desafío, pp. 48-58.
- 4) NSSM 200 (El Informe Kissinger). Parte Dos: Recomendaciones políticas, 1974.
- 5) American College of Obstetrics and Gynecology Terminology Bulletin, Terms used in reference to the fetus, Chicago, N° 1, september 1965.
- 6) PNUD (Programa de las NNUU para el Desarrollo), Informe para el Desarrollo, New York 1994.
- 7) Alma-Ata. 6-12 septiembre 1978.
- 8) WHO Prescribes socialist medicine, The Wall Street Journal, may 14, 1996.
- 9) Entretien avec H. Nakajima, par Marguerite A. Peeters, Geneve, 17-01-96.
- 10) Nakajima, H. A la 47 Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, 3-05-94.
- 11) Berdanac, C. Los médicos malditos, Caralt, Barcelona 1979, p. 129.
- 12) Summers, L. Declaraciones en The Economist, 15-02-92
- 13) Catholic for Family and Human Life Institute, New York, 29-09-97.
- 14) Cruz Verde Internacional. Otros integrantes: Javier Pérez de Cuellar, Jean Michel Cousteau (+), Nadine Gordimer.
- 15) Ark of Hope se encuentra en Interfaith Center de Nueva York (internet google).
- 16) Kung, H. y Kuschel, K.J. Hacia una ética mundial. Declaración del Parlamento de las Religiones del Mundo. Ed. Trotta, Madrid 1994.
- 17) Juan Pablo II. Al tercer grupo de obispos de los Estados Unidos, en visita ad limina, 28-05-93.
- 18) Tauran, J. L. The defence of life in the context of international policies and norms, Pontificia Academia por la vida, 2000.
- 19) Sanahuja, J. C. El desarrollo sustentable. La nueva ética internacional. Presentación Card. A. López Trujillo. Vórtice. Buenos Aires 2003.
- 20) Fletcher, J. Ética del control genético. La Aurora, Buenos Aires, 1978, pp. 206-208.
- 21) Toledano, A. L. Hacia el equilibrio de la población mundial. Comillas, Madrid, 2004.
- 22) Gafo, J. El impacto de la demografía en la crisis medioambiental. Ética y Ecología 1991.
- 23) Tinbergen, Jan, "Gobernación mundial para el siglo XXI, incluido en el Informe sobre Derechos Humanos - 1994 del Programa de UN para el Desarrollo PNUD, pág. 97.
- 24) Salbuchi, A. El cerebro del mundo. Ed. Copista, Córdoba, Argentina, 2003.
- 25) Coleman, J. El club de los 300. 1991.

Aspectos éticos en el diagnóstico prenatal

Dr. Lindolfo Mendoza

Hasta hace unos años, los defectos congénitos eran diagnosticados en muchos casos al nacer y en otros, los diagnósticos eran realizados en forma tardía. Con el transcurrir del tiempo los diferentes métodos, como los dosajes de algunas hormonas en la sangre materna, estudios de células obtenidas del líquido amniótico entre otros, permitía de forma indirecta diagnosticar algunas malformaciones fetales. Sin embargo con el advenimiento de la ecografía, un método diagnóstico no invasivo, se pudieron realizar los primeros diagnósticos de los defectos congénitos en forma directa.

En la expresión diagnóstico prenatal se agrupan todas” aquellas acciones diagnosticas encaminadas a descubrir durante el embarazo, un defecto congénito entendiendo por tal: toda anomalía del desarrollo morfológico, estructural, funcional o molecular presente al nacer (aunque puede presentarse más tarde), externa o interna, familiar o esporádica, hereditaria o no, única u múltiple” (OMS).

El enfoque va dirigido hacia el feto como paciente, quien necesariamente primero, como parte de su dinámico desarrollo formativo, es considerado durante el 1er trimestre como embrión, por lo que aplicando el primer imperativo ético del hombre hacia sí mismo y los demás, deben ser respetadas su vida y dignidad. En primer lugar por sus padres, quienes asumen las responsabilidades en las tomas de decisiones y en segundo lugar, el médico quien tiene así mismo el deber de asumir su acción siempre orientada a valorar el manejo óptimo, la asesoría justa, considerando la integridad del embrión y de su madre.

El objetivo del diagnóstico prenatal es proveer a la pareja información sobre la presencia o no en el feto de enfermedad genética o no.

Ante el diagnóstico de una malformación severa o incompatible con la vida, esta situación no debe limitar al equipo perinatólogo (ginecólogo, genetista, ultrasonografista, neonatólogo) a extremar esfuerzos en apoyar a los padres y en cierta forma, considerar por ejemplo, la reanimación del recién nacido comprometido por esta situación.

La valoración moral de una acción depende de tres factores: objeto de la acción, circunstancia en que se desarrolla, fin por el que se hace.

El diagnóstico prenatal no pone problemas éticos, bajo el perfil del objeto, en cuanto se configura como “diagnostico”, es decir como búsqueda de la verdad; se limita a graficar una situación dada.

El diagnóstico prenatal es lícito si las técnicas empleadas salvaguardan la vida y la integridad del embrión y de su madre, no haciéndoles correr riesgos desproporcionados, y si está orientada a la salvaguardia o la curación del embrión.

El diagnóstico prenatal es ilícito cuando tiene la finalidad de provocar un aborto o si descubren defectos o malformaciones en el embrión y cuando las técnicas son muy invasivas, que no hay proporcionalidad entre riesgos reales y beneficios hipotéticos. Por ejemplo un riesgo real es perjudicarlo, con rotura prematura de membranas o parto prematuro, posterior a un estudio invasivo para obtener liquido amniótico (amniocentesis); mientras un beneficio hipotético es creer ofrecerle una terapia inadecuada a falta, en el estado actual de la ciencia, de aquella adecuada. Un diagnostico que evidencia una malformación no tiene que equivaler nunca a una sentencia de muerte. El ánimo con que tantas personas con diferentes discapacidades, conducen su vida cuando son queridos y respetados, constituye un testimonio de los valores auténticos que califican la vida y que la hacen con esas discapacidades, preciosa para sí y para los demás.

¿Conocer para curar o conocer para seleccionar? El problema ético fundamental del diagnóstico prenatal es la asociación del resultado infausto con el aborto eugenésico o “terapéutico”, ya que es considerado incluso como una terapia; se trata en realidad, de una falsificación del concepto de terapia, porque en lugar de curar se elimina a quien está afectado por un patología.

A modo de ejemplificar situaciones favorables del diagnóstico prenatal se comentan dos casos.

El 1ro se trataba de una paciente embarazada del 6to mes con el diagnostico ecográfico prenatal de defecto congénito en el pulmón (Malformación adenomatosa quística –MAQ) que comprometía seriamente a uno de los pulmones. Se explica a los padres que existía un tratamiento que, si bien era invasivo, las posibilidades de éxitos eran muy buenas. El mismo consistía en la inyección de una sustancia, la polidocaina aplicada directamente a los quistes del pulmón con control ecográfico; que esto podría resolver la patología, pero que también existía un mínimo riesgo de rotura prematura de membranas y/ o parto pre término. Seguidamente los mismos firmaron el consentimiento informado. El resultado terapéutico fue óptimo ya que en las siguientes semanas la ecografía demostró que los quistes ya no se visualizaban y el feto llego al término del embarazo sin ninguna complicación posterior.

El 2do caso, paciente embarazada del 5to mes , sin antecedente de riesgo previo, con el diagnóstico ecográfico de cardiopatía congénita (coartación severa de la arteria aorta) . Este diagnóstico prenatal permitió internarla en un centro hospitalario de alta complejidad, con servicio de cirugía cardíaca pediátrica, programando un parto por cesárea con un feto de término y con buen peso al nacimiento. Al nacer se confirmó el diagnóstico y se realizó una cirugía correctiva exitosa.

En relación a la población que debe ser estudiada con procedimiento prenatal invasivo, se citan a las pacientes denominadas de riesgo como edad materna mayor a 35 años, tamizaje o screening serológico alterado, antecedente de hijo previo con aneuploidia, feto con progenitor portador de translocación, restricción en el crecimiento intrauterino precoz, marcadores ecográficos alterados, feto con una o más malformaciones mayores.

En el campo de la información genética sabemos que puede diagnosticar precozmente el riesgo de una enfermedad, por lo que puede ser motivo de discriminación, por lo tanto el uso de esa información es lícito si se encamina para corregir el defecto, respetando la proporción riesgo/beneficio sin violar la identidad del paciente. Pero no sería lícito si el fin es manipular.

También es importante considerar como expresión de un progreso técnico científico, los diagnósticos pre implantatorios, la utilización de hormonas que inducen la ovulación, posterior aspiración , fertilización in vitro con esperma, cultivo de embriones, se selecciona un embrión no afectado para luego implantar en el útero. Se plantea entonces el dilema ético sobre: que ocurre con los embriones aptos que no son implantados o aquellos que presentan alteraciones.

No vivimos en dos mundos, sino en uno solo, que puede ser viejo pero que siempre tiende a renovarse en forma continua, que puede ser pequeño o grande, así como externo o nuestro propio mundo interior. El dominio que tenemos de los poderes y fuerzas de la naturaleza no ha marchado a la par con el dominio de lo instintivo y animal que hay en el corazón del hombre. Esta discrepancia , esta inmensa grieta , se hace cada vez más grande y profunda. El grado de nuestro avance en la ciencia , debe corresponder al grado de profundización interior de la persona humana.

Bibliografía:

- 1-Jose M.Carrera Macia.Protocolos de Obstetricia y Medicina Perinatal del Instituto Universitario Dexeus. Ed.Masson 3ra edición.Barcelona-España. 1996
- 2- Ramón Lucas Lucas. Explicame la bioética. Ediciones Palabra.2da edición. Madrid-España.2008.
- 3- Enrique de Mestral. Manual de Bioética.EFACIM 2daedicion.Asuncion- Paraguay.2009.
- 4- Blazquez,N., Manipulación genética y biotecnología, en Bioetica fundamental, BAC, Madrid 1996.
- 5-Roberto Calva Rodriguez.Bioetica.Ed.Mc Graw Hill .Interamericana.1ra edición . Ciudad de Mexico- Mexico. 2006.
- 6-Wertz D, Fletcher JC, Berg K. Summary Statements on Ethical Issues in Medical Genetics. Hereditary Diseases Programme. Ginebra OPS : 1995 : 20-5
- 7-Gonzalez de Agüero R, Pérez Hiraldo P, Fabre E. Diagnóstico prenatal de los defectos congénitos. In Merlo G.Obstetricia . 5 ed.Barcelona: Masson.p 229-56.
- 8- GadowE,Petracchi F. Avances en genética médica.Buenos Aires : Editora Medica Panamericana,2000.p.169-215 Fascículo 4
- 9-Milunsky A,Milunsky JM.Genetic counseling:preconception prenatal an perinatal.Genetic disorders and the fetus: diagnosis prevention and treatment. 5th ed.Baltimore:Johns Hopkins University Press, 2004.
- 10-Romero MMC,VelazcoMC et al.Consejo genético prenatal. Rev.Gin.Obstet.2000;1:62-75.

Cuidados paliativos. Acceso Universal como Derecho Humano

Dra. Miriam Riveros

En el presente capítulo, se hará referencia a principios bioéticos y fundamentos jurídicos que comprueben que los cuidados paliativos deben proveerse universalmente, así como, la ausencia de prestación del mismo es violar un derecho humano fundamental.

INTRODUCCION

Las personas que experimentan dolor severo y no reciben tratamiento suelen estar atormentados por el dolor gran parte del día y, a menudo, durante períodos prolongados. Muchas de las personas entrevistadas por Human Rights Watch que habían experimentado dolor severo en la India expresaron exactamente las mismas sensaciones que los sobrevivientes de tortura: lo único que querían era que el dolor cesara.

Como en este caso no era posible poner fin al dolor con la firma de una confesión, varias personas contaron que habían pensado en suicidarse, que rezaban pidiendo morir o que manifestaron a sus médicos o familiares su deseo de morir (1)

En 1990 la OMS adoptó la definición de cuidados paliativos propuesta por la EAPC, calificándolos de “cuidado total activo de los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamiento curativo”, y precisando que “el control del dolor y de otros síntomas y de problemas psicológicos, sociales y espirituales es primordial” (2). En 2002 la OMS amplió la definición de acuerdo con la idea de que los cuidados paliativos no deben ser relegados sólo a las últimas etapas de la atención médica, dado que los síntomas no tratados al inicio de la enfermedad son muy difíciles de manejar en los últimos días de vida. Según la nueva definición oficial de la Organización, la atención paliativa es un “Enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales” (3).

Sus objetivos son los siguientes: mejorar la calidad de la vida del paciente; proporcionar alivio del dolor y otros síntomas; no alargar ni acortar la vida; dar apoyo psicológico, social y espiritual; reafirmar la importancia de la vida; considerar la muerte como algo normal; proporcionar sistemas de apoyo para que la vida del paciente sea lo más activa posible; dar apoyo a la familia durante la enfermedad y el duelo.

De acuerdo con los datos oficiales, cincuenta y ocho millones de personas mueren cada año y el 60% de ellas podrían beneficiarse de cuidados paliativos (4) Según la OMS, ocho millones de personas murieron de cáncer en 2007, lo que se prevé que aumente a 12 millones para el año 2030 (5): más del 50% de los pacientes con cáncer experimentan dolor, y entre el 60 y el 90% de los pacientes con cáncer avanzado experimentan dolor moderado a severo. Según la ONUSIDA, casi dos millones de personas murieron de SIDA en 2009, y 2,6 millones más se infectaron con el VIH, con lo que el número total de personas seropositivas se eleva a 33 millones (6): entre el 60 y 80% de los pacientes con SIDA experimenta dolor moderado a severo y puede sufrir de una serie de síntomas que los cuidados paliativos pueden ayudar a aliviar (7).

Por lo tanto, a pesar de los grandes esfuerzos y los progresos considerables realizados en las últimas dos décadas, todavía persisten importantes lagunas. Globalmente hay una necesidad significativa de cuidados paliativos aún no satisfecha y la OMS está desarrollando diversas actividades para abogar por la atención paliativa como un asunto de salud pública mundial que implica graves consecuencias físicas y psicológicas, así como cargas sociales y económicas (8).

Además del enfoque de salud pública, cabe también contextualizar los cuidados paliativos desde la perspectiva de los derechos humanos, sobre todo para determinar cuáles son las obligaciones internacionales que incumben a los Estados en relación con este sector de la atención sanitaria. Efectivamente, y en sentido más amplio, se considera el enfoque de derechos humanos útil como base para responsabilizar a todos los actores involucrados (9).

Los cuidados paliativos plantean numerosas cuestiones éticas y, en todos los ámbitos se subraya la importancia de implementarlos de forma virtuosa.

DERECHO A NO SUFRIR Y MUERTE DIGNA

Es preciso recordar los 4 principios fundamentales de la Bioética para realizar el análisis de estos dos términos, derecho a no sufrir y muerte digna.

•**La no maleficencia:** prohíbe dañar a los demás y obliga a realizar correctamente nuestro trabajo profesional. Se traduce en protocolos que recojan las exigencias de una buena práctica clínica. El tratamiento debe proporcionarle más beneficios que riesgos o peligro al paciente.

•**La Justicia:** obliga a proporcionarle a todos los enfermos las mismas oportunidades en el orden de lo social, sin discriminación, segregación ni marginación y la correcta administración de los recursos sanitarios, en su mayoría públicos.

•**La Autonomía:** es la capacidad que tienen las personas de realizar actos con conocimiento de causa, información suficiente y en ausencia de coacciones internas o externas. Un paciente competente tiene el derecho de aceptar o rechazar un tratamiento o delegar su decisión a alguien que actúe en su nombre cuando el no lo pueda hacer.

•**La Beneficencia:** obliga a hacer el bien, según los criterios de bien del posible beneficiado. El personal de salud debe ayudar al paciente a sobrellevar y reducir el impacto de la enfermedad.

¿Cuando decimos que el sufrimiento es innecesario o la muerte no es digna?, analicemos estas circunstancias:

Se muere mal o indignamente:

- a) Cuando se muere con DOLOR,
- b) Cuando la muerte no es aceptada por el mal manejo de la información producida por el Equipo Interdisciplinario a través del Consentimiento Informado,
- c) Cuando los que cuidan no están formados en el manejo de las reacciones emocionales. Relación Equipo de Salud- Paciente- Familia.
- d) Cuando Esta (La muerte) se deja a lo irracional, al miedo, a la soledad. Cuando la Muerte es Tabú.
- e) Cuando se muere lejos del hogar solo.
- f) Cuando se sufre Encarnizamiento Terapéutico.

En los Equipos de Cuidados Paliativos y en los Comités de Bioética interdisciplinarios, las preguntas que nos planteamos más frecuentemente, son las siguientes:

- 1) ¿Es lícito retrasar el momento de la muerte, en el enfermo terminal, con terapéuticas fútiles?
- 2) ¿Quién es el único con derecho a decidir como quiere ser tratado ante un proceso vital degradante? Principio de Autonomía.
- 3) ¿Hace falta sufrir o hacer sufrir prolongadamente el trance de la muerte cuando se tiene medidas para mitigarlo?
- 5) ¿Quién, “Tira del enchufe”, en los intubados respiratorios, ya descerebrados?

Ya en la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa. Recomendación 1418 (1999), adoptada el 25 de junio de 1999 declaró (10): *“El progreso médico, que hoy hace posible curar enfermedades hasta ahora intratables, el avance de la técnica y el desarrollo de los sistemas de resucitación, que hacen posible prolongar la vida de una persona, retrasan el momento de la muerte. En consecuencia, con frecuencia se ignora la calidad de vida de los enfermos terminales, la soledad a la que se ven sometidos, su sufrimiento, el de sus familiares y el del personal sanitario que los trata.”* En 1976, en su resolución 613, la Asamblea declaró que estaba *“convencida de que lo que los enfermos terminales quieren es, principalmente, morir en paz y dignidad, con el apoyo y la compañía, si es posible, de su familia y amigos”.*

La Recomendación 779 añadió que *“prolongar la vida no debe ser, en sí mismo, el fin exclusivo de la práctica médica, que debe preocuparse igualmente por el alivio del sufrimiento”*. Más tarde, la Convención Europea para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano en relación con la Aplicación de la Biología y la Medicina ha sentado principios importantes y afirmado el camino, aun cuando no se refiera explícitamente a las necesidades específicas de los enfermos terminales o moribundos. La obligación de respetar y proteger la dignidad de estas personas deriva de la inviolabilidad de la dignidad humana en todas las etapas de la vida

PUNTOS CRÍTICOS EN LOS CUALES LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD EN ETAPA TERMINAL SUFREN Y NO ACCEDEN A UNA MUERTE DIGNA, ANÁLISIS BIOÉTICO:

Abandono: se entiende el cese de las acciones y cuidados médicos y de otros miembros del personal de salud ante la situación de que “ya no hay nada por hacer por el paciente”. En realidad esto no se ajusta nunca a la verdad pues siempre es posible hacer algo por la persona enferma como por ejemplo aliviar sus síntomas y brindarle apoyo psicológico y asistencia espiritual

Encarnizamiento terapéutico: o distanasia se entiende una terapia o procedimiento médico de carácter desproporcionado a los resultados esperados. Estas terapias no presentan una razonable esperanza de éxito positivo y por lo tanto a ellas no solo se puede, sino que se debe renunciar, ya que la obstinación terapéutica, resultante de la desproporcionalidad e inutilidad de las intervenciones o procedimientos médicos, es ilícita siempre, en cuanto ofenden la dignidad del moribundo.

Limitación del esfuerzo terapéutico: entendemos la no instalación o renuncia de terapéuticas o reemplazo de falla de órgano y a los medios extraordinarios de mantenimiento artificial de la vida, inútil, costoso y sin ninguna posibilidad de devolver la salud.

Cuidados extraordinarios: a aquellos que no pueden ser prodigados en sala común, de alto costo y necesiten de asistencia para el mantenimiento artificial de la vida como respiradores, monitoreo intensivo de las funciones vitales, drogas vasoactivas, diálisis.

Así mismo se consideran **cuidados extraordinarios** terapias que en sí misma pueden ser proporcionadas pero pueden no ser apropiadas teniendo en cuenta las condiciones física, psicológicas, sociales y económicas de un paciente en su situación concreta. En este ámbito debe ciertamente escucharse el parecer del paciente y debe tenerse en cuenta su voluntad.

Consentimiento informado: debe ser un proceso gradual y continuo, en ocasiones plasmado en un documento, mediante el que un paciente capaz y adecuadamente informado por un Equipo de Salud, acepta o no someterse a determinado procedimiento diagnóstico o terapéutico, en función de sus propios valores. Importancia que tiene para los enfermos que participan en la toma de decisiones, pasando a ser fundamentales la comunicación e información.

Los elementos básicos del Consentimiento Informado, para que la decisión sea considerada autónoma, deben cumplir con las siguientes condiciones: 1) Capacidad-Que sea capaz. 2) Voluntariedad,-Que la decisión sea voluntaria.3) Que sea un elemento informativo y consensual, o sea que la decisión se adopte tras comprender y ponderar la información recibida.

Voluntades anticipadas :(Testamento Vital): Es un documento en el que el firmante expresa su voluntad sobre atenciones médicas que desee recibir o no, en enfermedad irreversible o terminal. Debe haber constancia fehaciente ante Notario y tres testigos, dos de ellos no parientes. Esta voluntad, debe ser entregada al médico o Institución y figurar en la Historia Clínica. Este testamento vital, puede anularse en cualquier momento.

Sedación paliativa: Administración deliberada de fármacos para el alivio, inalcanzable con otras medidas o sea refractario a todo tipo de terapéutica conocida, de un sufrimiento físico, y/o psicológico, mediante la disminución de la conciencia superficial o profunda, en un paciente cuya muerte se prevé próxima y con su consentimiento explícito, implícito o delegado.

Eutanasia: e entiende una acción u omisión, que por su naturaleza, en la intención, procura la muerte, con el fin de aliviar el sufrimiento. **Eutanasia activa** es poner término la vida mediante una acción con ese fin. **Eutanasia pasiva o por omisión** es retirar los medios básicos de supervivencia con el fin de acortar la vida. No se considera eutanasia un acto terapéutico que pretende aliviar el sufrimiento y que una vez juzgado prudentemente los beneficios y efectos adversos de tal acto, tenga como efecto no deseado ni buscado la abreviación de la vida (principio de doble efecto que comprendería el uso adecuado de analgésicos).

DERECHO A NO SUFRIR COMO DERECHO HUMANO UNIVERSAL: FUNDAMENTOS JURICOS Y GARANTIAS INTERNACIONALES

Analicemos los documentos, cartas y llamamientos realizados en cuanto a acceso a tratamiento del dolor, muerte digna, derecho a no sufrir, acceso a los cuidados paliativos como derecho humano universal.

Los derechos humanos son atributos inherentes a toda persona por su sola condición de serlo, sin distinción de edad, raza, sexo, nacionalidad o clase social. Por sus características, los derechos humanos son (11):

Universales: inherentes a todas las personas en todos los sistemas políticos, económicos y culturales.

Irrenunciables. No se pueden trasladar a otra persona ni renunciar a ellos
Integrales, interdependientes e indivisibles: se relacionan unos con otros, conformando un todo (civiles, políticos, económicos, sociales y culturales), y no se puede sacrificar un derecho por defender otro

Jurídicamente exigibles: al estar reconocidos por los Estados en la legislación internacional y nacional, se puede exigir su respeto y cumplimiento.

Efectivamente, y en sentido más amplio, se considera el enfoque de derechos humanos útil como base para responsabilizar a todos los actores involucrados (12).

No existe un instrumento del Derecho Internacional de los Derechos Humanos, emitido por una instancia supranacional de carácter gubernamental que específicamente aborde el tema del alivio del dolor o de los cuidados paliativos; existen derechos y prerrogativas generales en el ámbito de Naciones Unidas que, analizadas de manera integral, pueden brindar un marco normativo de referencia.

A continuación se enumeran diversos instrumentos, dispuestos bajo la perspectiva de estos derechos mencionados: 1) la salud vinculada al nivel de vida y calidad, 2) respeto a la integridad personal en sus diversas dimensiones; 3) la protección contra los tratos crueles o inhumanos (bajo la observación de no equiparar con la tortura).

Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (13)

Este instrumento surge de manera casi simultánea a la Declaración Universal de 1948, pero dentro del contexto del mecanismo regional de protección de Derechos Humanos conformado por la Organización de Estados Americanos (OEA), la Comisión Interamericana de Derechos Humanos y la Corte Interamericana de Derechos Humanos.

En este instrumento el derecho a la salud señala que las medidas sanitarias y sociales, necesarias para la preservación de la salud, serán provistas de acuerdo al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad [artículo XI].

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (14)

El artículo 12 también reconoce el derecho al nivel de vida, pero cabe subrayar que este instrumento posterior y más específico que la Declaración de 1948, ya no se conforma con lo "adecuado", sino que se refiere al "más alto nivel posible", haciendo un especial énfasis en dos tipos de salud, la física y la mental. Además señala una serie de **medidas que los Estados Parte deben adoptar a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho; entre ellas, los incisos c) y d) pueden relacionarse con el manejo del dolor**: la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; y la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (15)

El artículo 7 retoma la condena hacia la tortura y los tratos crueles, inhumanos o degradantes. Cabe destacar que la segunda parte del artículo hace una mención específica al consentimiento: "En particular, nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o científicos." Esta disposición, junto con documentos como la Declaración de Helsinki (AMM), dio la pauta para proteger el ejercicio de la autonomía como un derecho, y fue la piedra angular para instaurar el procedimiento y documento de Consentimiento Informado, tanto en el ámbito de la investigación, como en el clínico. **En cuanto al manejo del dolor y sobre todo en el campo de los cuidados paliativos, los documentos deontológicos hacen un énfasis especial en informar al paciente y en respetar su consentimiento o rechazo al tratamiento.**

Convención Americana sobre Derechos Humanos, conocida como "Pacto de San José" (16)

El numeral 2 retoma la prohibición de infligir tortura, penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.

El artículo 5 del Pacto desglosa el Derecho a la Integridad Personal, el numeral 1 ya no solo establece el derecho a la integridad física y psíquica (mental), que otros instrumentos mencionan, sino que también extiende la protección al ámbito de la integridad "moral". El concepto de integridad moral es polivalente ya que se refiere a diversos bienes jurídicamente tutelados: España brinda ejemplos de esta afirmación. La Constitución Española (artículos 15 y 18) reconoce dentro del bloque de los derechos de la personalidad, a la integridad moral, definida como respeto y autoestima por parte de los demás, comprendiendo bienes como la intimidad y honor, intimidad personal, individualidad, propia imagen. Mientras que el Tribunal Superior Español (17) la define como un atributo de la persona, que tiene la capacidad para decidir responsablemente sobre el propio comportamiento (Sentencia 1725/2001). Esta definición hace referencia al bien jurídico de la autonomía, al derecho que cada ser humano tiene para desarrollar su vida de acuerdo a sus convicciones y, a la prohibición correlativa de ejercer coacción que quebrante la voluntad de la persona o que la obligue a actuar en contra de sus valores. Por otro lado, la Jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos no define a la "integridad moral", pero apunta hacia la vinculación existente entre el derecho a la integridad personal (en sus dimensiones física, psíquica y moral) con el derecho a no ser sometido a penas o tratos crueles y degradantes y con el derecho a la libertad personal. ***Así que en lo que respecta al paciente, podemos afirmar que el concepto de integridad moral en el ámbito del manejo del dolor, puede apegarse a su condición de vulnerabilidad, al respeto a su propia imagen, a no aumentar su angustia, a ser involucrado en su propio tratamiento y toma de decisiones.***

Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos, en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, conocido como "Protocolo de San Salvador" (18)

El derecho a la salud, entendido como disfrute del más alto nivel de bienestar, se extiende de lo físico y mental, hacia lo social. Así que combinando el artículo 10 de este Protocolo con el derecho a la integridad consagrado en el Pacto de San José, podríamos abarcar cuatro dimensiones del bienestar: físico, psíquico (mental), moral y social. Esto va de la mano de las dimensiones bio-psico-emocional-socio-cultural de la persona.

Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (19)

El artículo 14 abarca el tema de la Responsabilidad Social y salud; al enunciado *goce del grado máximo de salud que se pueda lograr*, se le agrega una frase referente al acceso igualitario, que es el "garantizar este goce sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social."

La Declaración enumera una serie de acciones con respecto a los progresos de la ciencia y la tecnología, que se encomiendan a los Estados; a continuación solo se enumeran las que podrían relacionarse con el tratamiento del dolor: "a) el acceso a una atención médica de calidad y a los medicamentos esenciales, especialmente para la salud de las mujeres y los niños, ya que la salud es esencial para la vida misma y debe considerarse un bien social y humano; [...] c) la mejora de las condiciones de vida y del medio ambiente; [...] d) la supresión de la marginación y exclusión de personas por cualquier motivo." **El acceso a medicamentos y revisión de normas y políticas nacionales sobre control de fármacos, están íntimamente relacionadas al tema del alivio del dolor.**

Convención única sobre Sustancias Controladas (20)

Su objetivo principal es el de regular la posesión, uso, tráfico, distribución, producción, importación y exportación de narcóticos, para limitar estas actividades exclusivamente para fines médicos y científicos. **En el Preámbulo señala que las drogas narcóticas son indispensables para el alivio del dolor y el sufrimiento, por lo que deben emitirse, en las legislaciones nacionales, normas adecuadas que aseguren la disponibilidad de estos fármacos para uso médico..**

Declaración de Lisboa sobre Derechos del Paciente (21)

Como la versión original de 1981 proclamó el "derecho a morir con dignidad" [inciso e)], fue leída por varios grupos como un documento provocador: parecía tácitamente estar abriendo una puerta para la eutanasia, sobre todo porque en el Preámbulo se invitaba a los médicos a buscar los medios apropiados para asegurar o restablecer los derechos que el "gobierno niega" al paciente. La intención de la AMM no era proclamar a la eutanasia sino la atención al paciente con enfermedad en estado terminal, por eso, la versión revisada en 1995 y 2005 matiza este derecho, incluyéndolo dentro del "derecho a la dignidad", lo que se traduce en el derecho a recibir toda la ayuda disponible para que el paciente muera lo más digna y aliviadamente posible.

Este "derecho a la dignidad" debe interpretarse como "derecho al respeto de su dignidad", puesto que la dignidad más que un derecho, es un bien intrínseco de la persona y la condición *sine qua non* para que se reconozcan derechos y para que jurídicamente se tutele dicho bien. El numeral 10 señala, como parte de este respeto a la dignidad, el hecho de que su vida privada, cultura y valores sean respetados durante la atención médica y la enseñanza de la medicina; que su sufrimiento sea aliviado mediante los conocimientos actuales y que reciba una atención terminal humana.

Declaración sobre la Atención Médica al Final de la Vida (22)

En cuanto al alivio del dolor, la AMM recomienda el uso adecuado de morfina y nuevos analgésicos, ajustados al plan de atención específico del paciente. Para tal acción, los grupos de médicos deben elaborar directrices sobre su uso, dosis y efectos secundarios no deseados. Cuando se presentan síntomas refractarios, se plantea la sedación paliativa hasta pérdida de la conciencia, como una medida extraordinaria cuando la esperanza de vida es de solo algunos días. Este tipo de sedación paliativa nunca puede usarse para causar intencionalmente la muerte.

Las otras recomendaciones de este instrumento están encaminadas hacia: la comunicación entre paciente, familia y miembros del equipo terapéutico; la autonomía del paciente, la toma de decisiones compartida y consentimiento informado; el respetar las preferencias del paciente sobre la atención; el reflejar cuidadosamente el tratamiento mediante un historia clínica apropiada para la calidad en la atención y decisiones médico-legales; el proporcionar apoyo en el duelo; el conformar equipos multiprofesionales e interdisciplinarios; el fomentar investigación para mejorar la medicina paliativa.

Carta de Praga (23)

La Asociación Europea de Cuidados Paliativos, La Asociación Internacional de Cuidados Paliativos, La Asociación Internacional de Hospicios y Cuidados Paliativos, la Alianza Mundial de Cuidados Paliativos y el Observatorio de Derechos Humanos (ODDH), han realizado un llamamiento a las naciones, afirmando que:

- Los cuidados paliativos pueden aliviar eficazmente este sufrimiento y pueden ser proporcionados a un coste relativamente bajo,
- Los beneficios de cuidados paliativos no se limitan al cuidado del final de la vida, ya que una pronta aplicación en la enfermedad supone mejoría en la calidad de vida y reducción de la necesidad de tratamientos onerosos y agresivos.

Llaman a los Gobiernos a:

- ✓ Desarrollar políticas sanitarias que aborden las necesidades de pacientes con enfermedades terminal es o con compromiso vital. Desarrollar políticas sanitarias globales que procuren la integración de los cuidados paliativos junto con los demás servicios de salud. Garantizar que las leyes incluyan ayuda a los familiares de los pacientes durante el tiempo de cuidado, así como después de la muerte.

- ✓ Asegurar el acceso a las medicinas esenciales, incluyendo medicaciones con control especial, a todo aquel que lo necesite. • identificar y eliminar barreras excesivamente restrictivas que impiden el acceso a medicaciones controladas para legítimo uso médico. asegurar que desarrollan un sistema apropiado para estimar la necesidad para tales medicaciones, de modo que su disponibilidad se garantice sin interrupción, asegurar que establecen un sistema de distribución y administración protegido y seguro para que los pacientes puedan acceder a la medicación opioide independientemente de su pronóstico, lugar de tratamiento o ubicación geográfica.
- ✓ Garantizar que los trabajadores de la salud reciban una adecuada formación y entrenamiento en cuidados paliativos y tratamiento del dolor en pregrado y después. Adoptar los cambios necesarios en los planes de estudio de las profesiones de salud (medicina, enfermería, farmacia, psicología, etc.) para asegurar que todos los profesionales sanitarios obtengan los conocimientos básicos de cuidados paliativos y sean capaces de atender a los pacientes independiente mente del lugar que ocupen en el sistema sanitario, apoyar al desarrollo e implementación de programas de postgrado y especialidad en cuidados paliativos para que aquellos pacientes con situaciones complejas puedan ser tratados de modo adecuado garantizar la disponibilidad de cursos de formación continuada para los trabajadores sanitarios.
- ✓ Asegurar la integración de los cuidados paliativos en el sistema sanitario en todos los niveles. Diseñar y desarrollar planes para crear e implementar unidades de cuidados paliativos, servicios y programas de acuerdo con los indicadores de morbilidad y mortalidad, y los datos de dispersión de la población.

En Paraguay aun no se cuenta con una Ley de Cuidados Paliativos aunque se están realizando trabajos intensos desde la Asociación de Estudios Bioéticos al respecto, formulando anteproyectos de Ley y realizando trabajo coordinado con referentes del país, esperemos que para prontamente podamos contar con una ley que ofrezca las garantías necesarias para un acceso universal, equitativo y justo para todos las personas con enfermedad en etapa terminal de la enfermedad.

BIBLIOGRAFIA

1. Human Rights Watch, "Por favor, no nos hagan sufrir más..." El acceso al tratamiento del dolor como derecho humano. Año 2009. P.7
2. OMS *Cancer pain relief and palliative care. Report of a WHO Expert Committee* (WHO Technical Report Series, No. 804). OMS, Ginebra, Suiza. 1990
3. OMS *National cancer control programmes: policies and managerial guidelines*. 2nd ed., OMS, Ginebra, Suiza. 2002
4. Stjernswärd, J. & Clark, D., Op. Cit., p. 1197, 1224.
5. OMS. *Are the number of cancer cases increasing or decreasing in the world?*, abril de 2008. Disponible en <http://www.who.int/features/qa/15/en/index.html>. Acceso al sitio en enero del 2014.
6. OMS. *Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2010*. OMS, Ginebra, Suiza. 2010
7. Foley, K.M.; Wagner, J.L.; Joranson, D.E. & Gelband, H. Pain control for people with cancer and AIDS. En: *Disease Control Priorities in Developing Countries*. 2da ed., Oxford University Press, Nueva York, EE.UU., 2003, p. 981-994.
8. Callaway, M. & Ferris, F.D. Advancing Palliative Care: The Public Health Perspective. Foreword. En: *Journal of Pain and Symptom Management*, año 33, n° 5, 2007 p. 483-485.
9. Gwyther, L.; Brennan, F. & Harding, R. "The human rights approach to advancing palliative care development serves to coalesce a broad medical, moral, and legal imperative – that the care of patients with life-threatening illness is a fundamental responsibility of governments, societies, and health professionals" Advancing Palliative Care as a Human Right. En: *Journal of Pain and Symptom Management*, año 38, n° 5, 2009 p. 767-774, p. 773.

Manual de Bioética

10. Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa .Recomendación 1418 (1999) Protección de los derechos humanos y la dignidad de los enfermos terminales y moribundos.. 1999.
11. Quesada L. Derechos Humanos y Cuidados Paliativos. 1 Enero, Febrero, Marzo; 2008.
12. Gwyther, L.; Brennan, F. & Harding, R. *"The human rights approach to advancing palliative care development serves to coalesce a broad medical, moral, and legal imperative – that the care of patients with life-threatening illness is a fundamental responsibility of governments, societies, and health professionals"* Advancing Palliative Care as a Human Right. En: *Journal of Pain and Symptom Management*, año 38, n° 5, 2009 p. 767-774, p. 773.
13. Organización de Estados Americanos (OEA). Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre. Bogotá; 2 de mayo de 1948.
14. Asamblea General de la ONU. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Nueva York; Resolución 2200A(XXI) del 16 de diciembre de 1966, entrada en vigor el 3 de enero de 1976.
15. Asamblea General de la ONU. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Nueva York; Resolución 2200A(XXI) del 16 de diciembre de 1966, entrada en vigor el 23 de marzo de 1976.
17. OEA. Convención Americana sobre Derechos Humanos. San José de Costa Rica; Conferencia Especializada Interamericana sobre Derechos Humanos del 7 al 22 de noviembre de 1969.
18. Tribunal Supremo de España, Sala de lo Penal. Sentencia 1725/2001, dictada el 3 de octubre de 2001, derivada del Recurso de Casación 4324/1999. Portal del Tribunal Supremo de España (buscador de Jurisprudencia): <http://www.poderjudicial.es/search/index.jsp>; sitio consultado en enero de 2014
19. OEA. Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. San Salvador; 17 de noviembre de 1988.
20. Conferencia General de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. París; 33ª Reunión, 19 de octubre de 2005
21. ONU. Convención Única sobre Estupefacientes (Sustancias Controladas). Nueva York; 30 de marzo de 1961, modificada por el Protocolo de Enmienda de 1972.
22. Asamblea General de la AMM. Declaración de Lisboa sobre Derechos de los Pacientes. Lisboa; 34ª Asamblea, septiembre-octubre de 1981, revisada en octubre de 2005.
23. 62ª Asamblea de la AMM ; Declaración sobre la Atención Médica al Final de la Vida en Montevideo, Uruguay, octubre de 2011.
24. Carta de Praga "Urge a los Gobiernos a aliviar el sufrimiento y a reconocer a los Cuidados Paliativos como derecho humano" EACP. 2013. <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=41vBGbl7Sfo%3d&tabid=187> sitio consultado en enero del 2014.

Anexos

Grilla de análisis de un protocolo de investigación

Dr. Enrique de Mestral

	Correcto	Incorrecto	No procede
Título del estudio			
Resumen			
Material y Método			
• Diseño de investigación			
- Definición de objetivos			
- Selección de pacientes			
- Selección del grupo control			
- Idoneidad de los métodos de eva			
- Enmascaramiento			
- Aleatorización y estratificación			
- Cálculo del tamaño muestral			
- Definición de intervalo			
- Análisis estadístico			
- Valorización de efectos adversos			
• Calificaciones de los investigadores			
- Aptitud del equipo para el ensayo			
- Grupos de apoyo adecuados			
• Cuidado y protección de los participant			
• Informe de revisión científica			
Descripción de la investigación			
• Estudio de investigación			
• Objetivos del estudio			
• Responsabilidades esperadas			
• Procedimientos esperados			
• Duración del estudio			
• Explicación de la aleatorización o placebo			
Descripción de los riesgos			
• Anticipados o previsibles			
• Físicos, sociales y psicológicos			
• Culturalmente apropiados			
• Protección de los vulnerables			

Manual de Bioética

	Correcto	Incorrecto	No procede
Descripción de los beneficios			
• Razonablemente esperados			
• Sin exageración			
• Beneficios disponibles una vez que termina la investigación			
Alternativas disponibles			
• Procedimientos o tratamientos alternativos			
• Ventajas y desventajas			
• Disponibilidad			
Confidencialidad			
• Grado de confidencialidad			
• Indicación de las organizaciones o personas que pueden tener acceso a la información			
• Circunstancias culturales especiales			
Indemnización			
• Indemnización disponible en caso de lesión			
• Tratamiento disponible y costo			
• Pago justo por tiempo, viaje o incomodidades			
• Indemnización no coactiva			
Contactos			
• Nombre y dirección del patrocinador			
• Contacto para las preguntas relacionadas con la investigación			
• Contacto para las inquietudes relacionadas con los derechos como participante			
• Realista y viable			
Participación voluntaria			
• Participación absolutamente voluntaria			
• Derecho a retirarse en cualquier momento			
• Ausencia de castigo por negarse a participar			
Consentimiento informado			
• Información			
• Información escrita			
• Revisión por parte del CEI			
• La revisión no es necesaria			
• Lenguaje claro			
• Idioma nativo			

Manual de Bioética

	Correcto	Incorrecto	No procede
Exención del CI			
• El riesgo es mínimo			
• Hay protección de los derechos y el bienestar de los participantes			
• La investigación no es posible sin una exención			
• Se ha dado la información apropiada			

Reclutamiento			
• Selección de pacientes			
- Inclusión			
- Exclusión			
• Argumentos para incluir personas con capacidad disminuida			
• Argumentos para mujeres embarazadas			
• Argumentos para pacientes vulnerables			
La comunidad			
• Beneficios para ella			
• Ha sido consultada			
• Medidas para supervisión continua			
Fuente de financiamiento			
Contratos			
• Indemnización disponible en caso de lesión			
• Tratamiento disponible y costo			
• Pago justo por tiempo, viaje o incomodidades			
• Indemnización no coactiva			
Contactos			
• Existe un contrato entre patrocinante e investigador principal?			
• Existen contratos que vinculan colaboración al protocolo?			
• Existe contrato/acuerdo entre el patrocinante y la institución?			
• Cuál es el monto del contrato. Existe un presupuesto?			
• Existe descripta la distribución de recursos e/ investigadores y la institución?			
• Compromiso de publicación?			
• Acuerdos de confidencialidad?			

Manual de Bioética

	Correcto	Incorrecto	No procede
Compensación			
• Se prevé pago de compensación por gastos a participantes del estudio?			
• Describir naturaleza/monto.			
• Se describe la continuidad de beneficios a participantes?			
• Se pagara a los participantes. Describir cuanto/ tiempo?			
• Se manifiesta la gratuidad de los tratamientos aplicables y la medicación pre, durante y post tratamiento hasta que finalice el estudio?			
• Se declaran otras retribuciones a los integrantes?			
Seguros			
• Se describe el tipo de seguro que se exigirá?			
• Empresa/Plazo/Modalidad/locación en el sitio del estudio			
• Se describe el nivel de cobertura?			
• Se exige seguro por mala praxis al IP?			
Conflicto de intereses			
• Hay declaración de conflicto entre el IP y el patrocinante?			

Ejemplo de consentimiento informado (modelo)

Dra. Julia Rivarola

Permiso para operación y/o procedimiento y anestesia

Nombre del Paciente:.....

1. Por la presente autorizo al Dr./Dra..... a realizar en las siguientes operaciones y/o procedimientos (favor escribir a maquina o en letra de imprenta)

2. El Dr./Dra..... me ha explicado completamente la naturaleza y fines de la operación, procedimiento y me ha informado también de los esperados beneficios y complicaciones, molestias concomitantes, riesgos y efectos secundarios propuestos. También se me ha comunicado los efectos previsibles de 1a no realización de ninguno de los procedimientos posibles, además se me ha comunicado mi libertad para reconsiderar en cualquier momento la decisión tomada. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas, y todas mis preguntas han sido contestadas completa y satisfactoriamente.

3. Entiendo que en el curso de la operación o procedimiento pueden presentarse condiciones imprevistas que necesiten **procedimientos terapéuticos** diferentes de los previstos. Consiento por lo tanto a la realización de operaciones y procedimientos terapéuticos que el Dr. /Dra. arriba nombrado/a, considere necesario

4. Así mismo consiento la administración de los anestésicos que se consideren necesarios. Reconozco que siempre hay riesgos para la vida y la salud asociados con la anestesia y tales riesgos me han sido completamente explicados.

5. Con el propósito de promover los conocimientos y la educación medica, consiento la fotografía, grabación en cinta de video o televisión de la operación o procedimiento a realizarse, a condición de que mi identidad / la identidad del (de la) paciente no sea revelada. También doy mi consentimiento a la admisión de observadores del área de la salud en la sala de operación o tratamiento.

6. Cualquier órgano o tejido removido quirúrgicamente podrá ser examinado y retenido por el Hospital para fines médicos, científicos o educativos y se podrá disponer de tal tejido o parte de conformidad con la práctica acostumbrada.

7. Reconozco que no se me han dado garantías ni seguridad respecto de los resultados que se esperan de la operación o procedimiento.

8. Confirmando que he leído y comprendo perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido rellenos antes de mi firma. He tachado todos los párrafos anteriores que no me conciernen.

FECHA:.....Paciente / Padres o Tutores FIRMA

Por la presente certifico que he explicado la naturaleza, propósito, beneficios, riesgos y alternativas del procedimiento propuesto, me he ofrecido a contestar cualquier pregunta y he contestado completamente todas las preguntas hechas. Creo que el/la paciente / pariente / tutor/a comprende completamente lo que he explicado y contestado.

FECHA:..... MÉDICO:..... (FIRMA)

Se debe obtener la firma del/ de la paciente a menos que el/la paciente sea menor de 18 años o incompetente.

Nota: este documento debe incorporarse al expediente médico del / de la paciente.

Directriz/exoneración médica por anticipado de testigo de Jehová

Yo,.....,doy esta directriz por anticipado como declaración formal de mis deseos. Estas instrucciones reflejan mi firme decisión.

Dispongo que no se me hagan transfusiones de sangre (Sangre completa, glóbulos rojos, glóbulos blancos, plaquetas ni plasma sanguíneo) en ningún caso, aunque los médicos las consideren necesarias para conservarme la vida o la salud. Acepto expansores no sanguíneos del volumen (tales como dextran, solución salina o de Ringer, o hetastarch) y otra atención medica sin sangre.

Doy esta directriz legal en ejercicio de mi derecho de aceptar o rehusar tratamiento medico en conformidad con mis muy arraigados valores y convicciones. Soy testigo de Jehová, y dispongo lo antedicho en obediencia a mandatos bíblicos, como el que dice: "Sigan absteniéndose [...] de sangre". Hechos (15:28,29) Esta es, y ha sido, mi firme postura religiosa por... años. Tengo años de edad.

Se también que las transfusiones de sangre encierran diversos peligros. Por lo tanto, he decidido evitarlos y, en vez de eso, aceptar los riesgos que parezcan estar relacionados con mi decisión de aceptar atención medica sustitutiva sin sangre.

Exonero de responsabilidad a los médicos, anesthesiólogos, y al hospital y su personal por cualquier daño que resulte de mi negativa a aceptar sangre, a pesar del cuidado competente que en otro sentido se me de.

Autorizo a la/s persona/s mencionada/s al dorso de este documento a asegurarse de que se sigan mis instrucciones tal como aparecen en esta directriz y a contestar cualquier pregunta acerca de mi firma rechazo de aceptar sangre.

FirmaDirección:.....Fecha:.....

Testigo:.....

LEYES QUE COMPETEN A LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

Constitución Nacional del Paraguay 1992

• **Art. 4.- Del Derecho de la vida.** El derecho a la vida es inherente a la persona humana. Se garantiza su protección, en general, desde la concepción. Queda abolida la pena de muerte. Toda persona será protegida por el Estado en su integridad física y síquica, así como en su honor y en su reputación. La ley reglamentará la libertad de las personas para disponer de su propio cuerpo, solo con fines científicos o médicos.

• **Art. 5.- De la tortura y de otros delitos.** Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.

El genocidio y la tortura, así como la desaparición forzosa de personas, el secuestro y el homicidio por razones políticas, son imprescriptibles.

Constitución Nacional del Paraguay 1992

• **Artículo 37.-** Se reconoce la objeción de conciencia por razones éticas o religiosas para los casos en que esta Constitución y la ley la admitan.

• **Art. 49.- De la protección de la familia.** La familia es el fundamento de la sociedad. Se promoverá y se garantizará su protección integral. Esta incluye a la unión estable entre el hombre y la mujer, a los hijos y a la comunidad que se constituya con cualquiera de los progenitores y sus descendientes.

• **Art. 68.- Del derecho a la salud.** El Estado protegerá y promoverá la salud como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad.

Nadie será privado de asistencia pública para prevenir o tratar enfermedades, pestes o plagas, y de socorro en los casos de catástrofes o accidentes.

Toda persona está obligada a someterse a las medidas sanitarias que establezca la ley, dentro del respeto a la dignidad humana.

Código Penal del Paraguay. Ley 1160/1997 Ley Modificatoria 3440/2008

• Artículo 14.- Definiciones.

14. funcionario: el que conforme al derecho paraguayo, desempeñe una función pública;

18. feto: embrión del ser humano hasta el momento del parto.

• Art. 81 – Prohibición del ejercicio de profesión u oficio

• 1º Al que haya realizado un hecho antijurídico grave abusando de su profesión u oficio o violando gravemente los deberes inherentes a ellos, se le prohibirá el ejercicio de dicha profesión u oficio cuando el hecho y la personalidad demuestren que el autor previsiblemente volverá a delinquir a través de la práctica.

- 2º La prohibición no será menor de un año ni mayor de cinco. En casos excepcionales, de alta peligrosidad del autor, se podrá ordenar una duración de hasta diez años con revisiones periódicas. Durante el periodo de prohibición, el autor tampoco podrá ejercer la actividad para otro ni por interpósita persona.

- **Art. 106 – Homicidio motivado por súplica de la víctima**

- El que matara a otro que se hallase gravemente enfermo o herido, obedeciendo a súplicas serias, reiteradas e insistentes de la víctima, será castigado con pena privativa de libertad de hasta tres años.

- **Art. 107 – Homicidio culposo**

- El que por acción culposa causara la muerte del otro, será castigado con pena privativa de libertad de hasta cinco años o con multa.

- **“Artículo 108.- Intervención en el suicidio.**

- 1º.- El que incitare a otro a cometer suicidio o lo ayudare, será castigado con pena privativa de libertad de tres a diez años.

- 2º.- El que no lo impidiere, pudiendo hacerlo sin riesgo para su vida, será castigado con pena privativa de libertad de uno a tres años.

- 3º.- En estos casos la pena podrá ser atenuada con arreglo al artículo 67.”

- **Art. 109 – Aborto. Ley 3440/2008**

- 1º .- El que matare a un feto será castigado con pena privativa de libertad de hasta cinco años. Se castigará también la tentativa.

- 2º.- La pena podrá ser aumentada hasta ocho años; cuando el autor:

- n Obrara sin consentimiento de la embarazada; o

- n Con su intervención causara el peligro serio de que la embarazada muera o sufra una lesión grave

- 3º.- Cuando el hecho se realizare por la embarazada, actuando ella sola o facilitando la intervención de un tercero, la pena será privativa de libertad de hasta dos años. En este caso no se castigará la tentativa. En la medición de la pena se considerará, especialmente, si el hecho haya sido motivado por la falta de apoyo garantizado al niño en la Constitución.

- 4.- No obra antijurídicamente el que produjera indirectamente la muerte de un feto, si esto, según los conocimientos y las experiencias del arte médico, fuera necesario para proteger de un peligro serio la vida de la madre.

- **Art. 112 – Lesión grave**

- 1º Será castigado con pena privativa de libertad de hasta diez años el que, intencional o concientemente, con la lesión:

- 1. Pusiera a la víctima en peligro de muerte;

- 2. La mutilara considerablemente o la desfigurara por largo tiempo;

- 3. La redujera considerablemente y por largo tiempo en el uso de su reproducción, en sus fuerzas psíquicas o intelectuales o en su capacidad de trabajo; o

- 4. Causara una enfermedad grave o afligente.

- 2º El que dolosamente maltratara físicamente o lesionara a otro y con ello causara uno de los resultados señalados en el inciso 1º, habiéndolo tenido como posibles, será castigado con pena privativa de libertad de hasta cinco años. Será castigado también la tentativa.

• **“Artículo. 113.- Lesión culposa.**

1°.- El que por acción culposa causa a otro un daño en su salud, será castigado con pena privativa de libertad de hasta un año o con multa.

2°.- La persecución penal del hecho dependerá de la instancia de la víctima, salvo que la protección de ésta o de terceros requiera una persecución de oficio.”

• **Art. 114 - Consentimiento**

• No habrá lesión, en el sentido de los artículos 111 y 113, cuando la víctima haya consentido el hecho.

• **Art. 123. Tratamiento Medico sin Consentimiento**

• 1° El que actuando según los conocimientos y las experiencias del arte médico proporcionara a otro un tratamiento medico sin su consentimiento será castigado con pena de multa.

• 2° La persecución penal del hecho dependerá de la instancia de la víctima. Si muriera la víctima el derecho a instar la persecución penal pasará a los parientes.

• 3° El hecho no será punible cuando

• 1° El consentimiento no se hubiera podido obtener sin que la demora del tratamiento implicase para el afectado peligro de muerte o de lesión grave y

• 2° La circunstancias no obligaran a suponer que el afectado se hubiese negado a ello.

• 4° El consentimiento es válido solo cuando el afectado haya sido informado sobre el modo, la importancia y las consecuencias posibles del tratamiento que pudieran ser relevantes para la decisión de una persona de acuerdo a un recto criterio. No obstante esta información podrá ser omitida cuando pudiera temerse que de ser transmitida al paciente, se produciría un serio peligro para su salud o su estado anímico.

• **“Artículo 131.- Abuso sexual en personas internadas.**

1°.- El que en el interior de una institución cerrada o de la parte cerrada de una institución:

1. realizara actos sexuales con internados bajo su vigilancia o asesoramiento, o

2. hiciera realizar a la víctima tales actos en sí mismo o con terceros, será castigado con pena privativa de libertad de hasta tres años o con multa.

2°.- Cuando el autor fuese un funcionario, la pena podrá ser aumentada a pena privativa de libertad de cinco años.”

• **“Artículo 143.- Lesión de la intimidad de la persona.**

1°.- El que, ante una multitud o mediante publicación en los términos del artículo 14, inciso 3°, expusiera la intimidad de otro, entendiéndose como tal la esfera personal íntima de su vida y especialmente su vida familiar o sexual o su estado de salud, será castigado con pena de multa.

2°.- Cuando por su forma o contenido, la declaración no exceda los límites de una crítica racional, ella quedará exenta de pena.

3°.- Cuando la declaración, sopesando los intereses involucrados y el deber de comprobación que según las circunstancias incumba al autor, sea un medio adecuado para la persecución de legítimos intereses públicos o privados, ella quedará exenta de pena.

4°.- La prueba de la verdad de la declaración será admitida sólo cuando de ella dependiera la aplicación de los incisos 2° y 3°.

5°.- La persecución penal dependerá de la instancia de la víctima.”

Art. 147 – Secreto Profesional

- 1° El que revelara un secreto ajeno
- 1. Llegado a su conocimiento en su actuación como,
 - a) Médico, dentista o farmacéutico;
 - b) Abogado, notario o escribano público, defensor en causas penales, auditor o asesor de Hacienda;
 - c) Ayudante profesional de los mencionados anteriormente o persona formándose con ellos en la profesión;
- 2. Respecto del cual le incumbe por ley o en base a una ley una obligación de guardar silencio, será castigado con pena privativa de libertad de hasta un año o con multa.

Artículos del Código Penal que competen a los Agentes Sanitarios

- 4° La persecución penal del hecho dependerá de la instancia de la víctima. Se aplicará lo dispuesto en el artículo 144, inciso 5°, última parte.
- 5° Como secreto se entenderá cualquier hecho, dato o conocimiento:
 - 1. De acceso restringido cuya divulgación a terceros lesionaría, por sus consecuencias nocivas, intereses legítimos del interesado; o
 - 2. Respecto de los cuales por ley o en base a una ley, debe guardarse silencio.

• “Artículo 148.- Revelación de secretos privados por funcionarios o personas con obligación especial.

1 °.- El que revelara un secreto ajeno llegado a su conocimiento en su actuación como:

1. funcionario conforme al artículo 14, inciso 1°, numeral 14; o
2. perito formalmente designado, será castigado con pena privativa de libertad de hasta tres años o con multa.

2°.- La persecución penal del hecho dependerá de la instancia de la víctima. Se aplicará lo dispuesto en el artículo 144, inciso 5°, última parte.”

Código Penal del Paraguay. Ley 1160/97

• Art. 200 – Procesamiento ilícito de desechos

- 1° El que tratará, almacenara, arroja, evacua o de otra forma echara desechos:
 - 1. Fuera de las instalaciones previstas para ello: o
 - 2. Apartándose considerablemente de los tratamientos prescritos o autorizados por disposiciones legales o administrativas.
- Será castigado con pena privativa de libertad de hasta cinco años o con multa.
 - 2° Se entenderán como desechos en el sentido del inciso anterior las sustancias que sean:
 - 1. Venenosas o capaces de causar enfermedades infectocontagiosas a seres humanos o animales.
 - 2. Explosivas, inflamables, o, en grado no bagatelario, radioactivas; o
 - 3. Por su género, cualidades o cuantía capaces de contaminar gravemente las aguas, el aire o el suelo.

- 3º En estos casos, será castigada también la tentativa.
- 4º El que realizara el hecho mediante una conducta culposa, será castigado con pena privativa de libertad de hasta dos años o con multa.
- 5º El hecho no será punible cuando un efecto nocivo sobre las aguas, el aire o los suelos esté evidentemente excluido por la mínima cuantía de los desechos.

• **Art. 206 – Comercialización de medicamentos nocivos**

- 1º El que en el marco de las actividades de un establecimiento mercantil pusiera o interviniera en la circulación de medicamentos fabricados en serie que, aplicados según las indicaciones, conlleven efectos nocivos para la vida y la salud, será castigado con pena privativa de libertad de hasta cinco años. Esto no se aplicará, cuando una entidad pública encargada de la comprobación de la seguridad de los medicamentos haya autorizado la circulación de los mismos.
- 2º En estos casos, será castigada también la tentativa.
- 3º El que realizará el hecho mediante una conducta culposa, será castigado con pena privativa de libertad de hasta tres años o con multa.

• **Art. 207 – Comercialización de medicamentos no autorizados.**

- 1º El que se pusiera o interviniera en la circulación de medicamentos que no hayan sido autorizados o que, en caso de haber sido autorizados, lo hiciera incumpliendo las condiciones establecidas para el efecto, será castigado con pena privativa de libertad de hasta tres años o con multa.
- 2º El que realizara el hecho mediante una conducta culposa, será castigado con pena privativa de libertad de hasta dos años o con multa.

• **Art. 246 – Producción de documentos no auténticos**

- 1º El que produjera o usara un documento no auténtico con intención de inducir en las relaciones jurídicas al error sobre su autenticidad, será castigado con pena privativa de libertad de hasta cinco años o con multa.
- 2º Se entenderá como:
 - 1. Documento, la declaración de una idea formulada por una persona de forma tal que, materializada, permita conocer su contenido y su autor;
 - 2. No auténtico, un documento que no provenga de la persona que figura como su autor.
- 3º En estos casos será castigada también la tentativa.
- 4º En los casos especialmente graves, la pena privativa de libertad podrá ser aumentada hasta diez años.

• **Art. 250 – Producción inmediata de documentos públicos de contenido falso**

- 1º El funcionario facultado para elaborar un documento público que, obrando dentro de los límites de sus atribuciones, certificara falsamente un hecho de relevancia jurídica o lo asentara en libros, registros o archivos de datos públicos, será castigado con pena privativa de libertad de hasta cinco años o con multa.
- 2º En estos casos será castigada también la tentativa.
- 3º En casos especialmente graves, la pena privativa de libertad podrá ser aumentada hasta diez años.

• **Art. 254 – Expedición de certificados de salud de contenido falso**

- El que siendo médico u otro personal sanitario habilitado expidiera a sabiendas un certificado de contenido falso sobre la salud de una persona, destinado al uso ante una autoridad o compañía de seguros, será castigado con pena privativa de libertad de hasta tres años o con multa.

LEY N° 1680/01 CÓDIGO DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

• **Art. 11 De la obligación de la atención médica**

- Cualquier mujer embarazada que requiera urgente atención médica, será atendida en las instituciones de salud más cercanas del lugar donde se encuentra.
- La insolvencia del requirente o la falta de cama u otro medio de la institución requerida, no podrá ser invocada por la institución de salud para referir o rechazar a la mujer embarazada en el trabajo de parto o que requiera urgente atención médica, sin antes recibir el tratamiento de emergencia inicial.
- La insolvencia y la urgencia del caso no implicarán discriminación en cuanto a su cuidado y asistencia en relación con los demás pacientes.

• **Art. 12 De la Prohibición de retener al recién nacido**

- En ningún caso y por ningún motivo, la falta de pago de los servicios médicos puede ameritar la retención del niño o de la madre en el centro hospitalario donde se hubiere producido el alumbramiento.

• **Art. 14 Del Derecho a la salud sexual y reproductiva**

- El Estado, con la activa participación y especialmente la de los padres y familiares, garantizará servicios y programas de salud y educación sexual integral del niño y del adolescente, que tiene derecho a ser informado y educado de acuerdo con su desarrollo, a su cultura y valores familiares.

• **Art. 17 De la Intervención quirúrgica ante el peligro de muerte**

- Las instituciones de Salud Pública o Privadas, requerirán la correspondiente autorización de los padres, tutores o responsables cuando deban hospitalizar, intervenir quirúrgicamente o aplicar los tratamientos necesarios para preservar la vida o integridad del niño o adolescente.
- En caso de oposición del padre, la madre, los tutores o responsables por razones de índole cultural o religiosa, o en caso de ausencia de éstos, el profesional médico requerirá autorización judicial.
- Excepcionalmente, cuando un niño o adolescente deba ser intervenido quirúrgicamente de urgencia por hallarse en peligro de muerte, el profesional médico estará obligado a proceder como la ciencia lo indique, debiendo comunicar esta decisión al Juez de la Niñez y la Adolescencia de manera inmediata.

LEY N° 2.169/2003.- “QUE ESTABLECE LA MAYORIA DE EDAD”

• Art. 1º: Modificase el artículo 36 de la ley n° 1.183/85 “código civil”, el cual queda redactado de la siguiente manera.

* Art. 36.- La capacidad de hecho consiste en al aptitud legal de ejercer uno por si mismo o por si solo sus derechos. Este código reputa plenamente capaz a todo ser humano que haya cumplido 18 años de edad y no haya sido declarado incapaz judicialmente.

* Art. 2º.- Derogase el inciso a) del Art. 39 de la ley 1.183- 85 código civil y el Art. 7º de la ley 1.034- 83 del “comerciante”.

* Art 3º.- Modificase el Art. 1º de la ley 1.702/01 el cual queda redactado de la siguiente manera

* Art. 1º.- A los efectos de la interpretación y aplicación de la norma relativa a la niñez y a la adolescencia, establece el alcance de los siguientes términos:

- a) Niño: toda persona humana desde la concepción hasta los trece años de edad.
- b) Adolescente: toda persona humana desde los catorce años hasta los diecisiete años de edad.
- c) Mayor de Edad: Toda persona humana desde los 18 años de edad.

LEY N° 1.246/1998 – De transplantes de órganos y tejidos anatómicos humanos

• Artículo 3.- Los actos médicos referidos a transplantes, contemplados en esta ley, sólo podrán ser realizados por médicos o equipos médicos registrados y habilitados al efecto, por ante el órgano contralor, que será el Instituto Nacional de Ablación y Transplante (INAT), de acuerdo a lo previsto en el artículo 41 de esta ley. Este exigirá, en todos los casos, como requisito para la referida habilitación, la acreditación suficiente, por parte del médico, de su capacitación y experiencia en la especialidad.

• Artículo 13.- La ablación de órganos y tejidos con fines de transplantes de una persona viva solo estará permitida en mayores de dieciocho, quienes podrán autorizarla en caso de que su receptor sea su pariente consanguíneo o por adopción hasta el cuarto grado, o su cónyuge o una persona que sin ser cónyuge conviva con él por no menor de tres años en forma inmediata, continua e interrumpida. Este lapso se reduce a dos años si de esa relación hubieran nacido hijos.

• Artículo 17.- Toda persona capaz, mayor de dieciocho años, podrá autorizar ante escribano público, en el Instituto Nacional de Ablación y Transplante (INAT) o en las instituciones o locales que este habilite al efecto para después de ser confirmada su muerte cerebral, se proceda a la ablación de órganos y tejidos de su cuerpo, para ser transplantados en otros seres humanos vivos o con fines de estudio e investigación científica.

- Artículo 18.- Igual manifestación a la del artículo anterior podrá ser hecha ante la Dirección de Identificaciones en ocasión de gestionar su documento de identidad. Las personas deberán ser informadas adecuadamente de este derecho. El documento de identidad consignará la condición de donante o no. Esta autorización podrá ser revocada en cualquier momento y constará en el nuevo documento de identidad.
- Artículo 19.- En caso de muerte cerebral confirmada, de personas de cualquier edad, ante la ausencia de voluntad expresa del fallecido, la autorización a que se refiere al artículo 18 podrá ser otorgada por las siguientes personas, en el orden en que se las enumera, siempre que se encuentren en el lugar de deceso y estuviesen en pleno uso de sus facultades mentales:
 - a) El cónyuge no divorciado que convivía con el fallecido, o la persona que, sin ser cónyuge, convivía con el fallecido en relación de tipo conyugal de por lo menos tres años, en forma inmediata, continua e interrumpida;
 - b) Cualquiera de los hijos mayores de dieciocho años;
 - c) Cualquiera de los padres;
 - d) Cualquiera de los hermanos mayores de dieciocho años;
 - e) Cualquiera de los nietos mayores de dieciocho años;
 - f) Cualquiera de los abuelos;
 - g) Cualquier pariente consanguíneo hasta el cuarto grado inclusive; y,
 - h) Cualquier pariente por afinidad hasta el segundo grado inclusive.
- Tratándose de personas ubicadas en un mismo grado dentro del orden que establece el presente artículo, la oposición de una sola de éstas eliminará la posibilidad de disponer del cuerpo con muerte cerebral confirmada, a los fines previstos en la ley.
- Artículo 21.- La muerte cerebral de una persona se considerará tal cuando se verifiquen de modo acumulativo los siguientes signos, que deberán persistir ininterrumpidamente seis horas después de su constatación conjunta, en ausencia de sedación, hipotermia de menos de 35 grados centígrados, bloqueo neuromuscular, o shock, teniéndose en cuenta los siguientes criterios:
- Artículo 22.- A los efectos del artículo anterior, la certificación de la muerte cerebral deberá ser suscripta por dos médicos, entre los que figurará por lo menos un neurólogo o neurocirujano. Ninguno de ellos integrará el equipo que realice ablaciones o trasplantes de los órganos del fallecido.
- La hora del fallecimiento será aquella que por primera vez se constataron los signos previstos en el artículo 21.
 - a) Ausencia irreversible de respuesta cerebral con pérdida absoluta de conciencia;
 - b) Ausencia de respiración espontánea;
 - c) Ausencia de reflejos troncoencefálicos y constatación de pupilas midriáticas no reactivas;
 - d) Inactividad troncoencefálica corroborada por medios técnicos o instrumentales adecuados a las diversas situaciones clínicas, cuya nómina será periódicamente actualizada por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, con el asesoramiento del Instituto Nacional de Ablación y Transplante (INAT).
 - e) La muerte cerebral de una persona no se podrá considerar tal cuando se verifiquen las siguientes situaciones: intoxicación barbitúrica, hipotermia o hipovolemia aguda;

- f) En ausencia de estos medios técnicos o instrumentales adecuados, se deben esperar doce horas para diagnosticar la muerte cerebral; y,
 - g) Si hubo injuria anóxica (falta de oxígeno), o se tratase de niños menores de cinco años de edad; se deben esperar veinte y cuatro horas para declarar la muerte cerebral.
- La verificación de los signos referidos en el inc. d) no será necesaria en caso de paro cardio-respiratorio total e irreversible.

VII – De las prohibiciones

- Art. 25.- Queda prohibida la realización de todo tipo de ablación para transplante:
 - a) Sin que se haya dado cumplimiento a los requisitos y previsiones de la presente ley;
 - b) Sobre el cuerpo de quien no se hubiese otorgado la autorización prevista en el artículo 17, y no existiera la establecida en el artículo 19;
 - c) Sobre cuerpos de pacientes internados en institutos neuropsiquiátricos;
 - d) Sobre el cuerpo de una mujer embarazada;
 - e) Por el profesional que haya atendido y tratado al fallecido durante su última enfermedad; y por los profesionales médicos que diagnosticaron su muerte cerebral.

Asimismo, quedan prohibidos:

- f) Toda contraprestación u otro beneficio por la donación de órganos y tejidos, en vida o para después de la muerte, y la intermediación con fines de lucro;
 - g) La inducción o coacción al donante para dar respuesta afirmativa respecto a la donación de órganos. La explicación dada por el médico, con testigos acerca de la utilidad de la donación de un órgano o tejido, no será considerado como una violación a la presente regla; y,
 - h) Los anuncios o publicidad en relación con las actividades mencionadas en esa ley, sin previa autorización del Instituto Nacional de Ablación y Transplante (INAT).
- Artículo 26.- Será sancionado con pena privativa de libertad de seis meses a tres años e inhabilitación especial de uno a cinco años, si el autor fuere un profesional del arte de curar a una persona que ejerza actividades de colaboración del arte de curar, cuando:
 - a) Directa o indirectamente diere u ofreciere beneficios de contenido patrimonial o no, a un posible donante o a un tercero, para lograr la obtención de órganos y tejidos;
 - b) Por sí o por interpósita persona recibiera o exigiera para sí o para terceros, para lograr la obtención de órganos y tejidos, sean o no propios; y,
 - c) Con propósito de lucro intermediara en la obtención de órganos y tejidos, sean o no propios; y,
 - Artículo 57.- A partir del 1º de enero del año 2000 se presumirá que toda persona capaz mayor de dieciocho años que no hubiera manifestado en la Instituto Nacional de Ablación y Transplante (INAT) su decisión contraria, ha conferido tácitamente la autorización a que se refiere el artículo 17, salvo que medie oposición expresa de los familiares mencionados en los incisos a), b) y c) del artículo 19, en ese orden.

Código de ética para enfermeras

Proyecto revisado.

Consejo Internacional de Enfermeras.

Preámbulo

La responsabilidad de la enfermera será cuádruple: promover la salud, evitar la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento.

La necesidad de la enfermería es universal. Son inherentes a la enfermería el respeto de los derechos humanos, incluido el derecho a la vida, la dignidad y a ser tratado con respeto.

En los cuidados de enfermería no se hará distinción alguna fundada en consideraciones de nacionalidad, raza, credo, cultura, color, edad, género, opinión política o condición social.

La enfermera prestará servicios de salud a la persona, la familia y la comunidad y coordinará sus servicios con los de otros grupos relacionados.

El Código tiene cuatro elementos principales que ponen de relieve las normas de conducta ética.

La enfermera y las personas

La responsabilidad profesional primordial de la enfermera será para con las personas que necesiten cuidados de enfermería.

Al dispensar los cuidados, la enfermera promoverá un entorno en el que se respeten los derechos humanos, valores, costumbres y creencias espirituales de la persona, la familia y la comunidad.

La enfermera se cerciorará de que la persona, la familia o la comunidad reciben información suficiente para fundamentar su consentimiento a los cuidados y los tratamientos relacionados.

La enfermera mantendrá confidencial toda información personal y utilizará la discreción al compartirla.

La enfermera compartirá con la sociedad la responsabilidad de iniciar y mantener toda acción encaminada a satisfacer las necesidades de salud y sociales del público, en particular las de las poblaciones vulnerables.

La enfermera también compartirá la responsabilidad de mantener el medioambiente natural y protegerlo contra el empobrecimiento, la contaminación, la degradación y la destrucción.

La enfermera y la práctica

La enfermera será personalmente responsable y deberá rendir cuentas de la práctica de enfermería y de mantener su competencia mediante la formación continua.

La enfermera mantendrá su salud personal para no comprometer su capacidad de prestar cuidados.

La enfermera observará las normas de atención de enfermera más elevadas posible en la realidad de cada situación.

La enfermera juzgará la competencia de las persona al aceptar y delegar responsabilidad.

La enfermera observará en todo momento normas de conducta personal que acrediten a la profesión y fomenten la confianza del público.

En el ejercicio de su profesión, la enfermera se cerciorará de que el empleo de la tecnología y los avances científicos son compatibles con la seguridad, la dignidad y los derechos de las personas.

La enfermera y sus compañeros de trabajo

La enfermera mantendrá una relación de cooperación con las personas con las que trabaje en la enfermería y en otros sectores.

La enfermera adoptará las medidas adecuadas para preservar a las personas, familias y comunidades cuando un compañero u otra persona pongan en peligro los cuidados que ellas reciben.

La enfermera y la profesión

A la enfermera incumbirá la función principal de establecer y aplicar normas aceptables de la práctica, gestión investigación y formación de enfermería.

La enfermera contribuirá activamente al desarrollo de un núcleo de conocimientos profesionales basados en la investigación.

La enfermera, a través de la organización profesional, participará en la creación y mantenimiento de condiciones de trabajo social y económicamente equitativas en la enfermería.

Secreto profesional

Círculo Paraguayo de Médicos

El secreto médico es deber inherente al ejercicio de la profesión y se establece para la seguridad de las personas a su cuidado, lo exige el honor y la responsabilidad del médico y está consustanciado con la dignidad de la ciencia.

El secreto puede ser explícito y textualmente confiado por el paciente, y también implícito, a consecuencia de las relaciones con los pacientes, en ambos casos ha de ser inviolable, salvo en las circunstancias señaladas por la ley.

El Profesional puede suministrar informes al respecto del diagnóstico o tratamiento de enfermos a los allegados más inmediatos de éste, previo consentimiento del paciente.

En caso de que el paciente padezca de enfermedades venéreas o SIDA, se debe notificar a la pareja o futuro cónyuge, si el paciente se negare a comunicarlo a éstos.

El secreto médico no se interrumpe con la muerte del paciente.

Los sistemas de informatización médica no comprometerán el derecho del paciente a la intimidad.

Todo banco de datos que ha sido extraído de historias clínicas estará bajo la responsabilidad de un médico. Asimismo, un banco de datos médicos no deberá conectarse a una red informático no médica.

El médico tiene el deber de exigir a los colaboradores absoluta discreción y observancia escrupulosa del secreto profesional. Ha de hacerles saber que ellos también están obligados a guardarlo.

En el ejercicio de la medicina en equipo, cada médico es responsable de la totalidad del secreto. Los directivos de la institución tienen el deber de poner todos los medios necesarios para que esto sea posible.

Cuando un médico cesa en su trabajo privado, su archivo podrá ser transferido al colega que le suceda. Cuando no tenga lugar tal sucesión, el archivo será destruido.

El médico está obligado a conservar los protocolos clínicos y elementos materiales de diagnóstico. En el caso de no continuar con su conservación por transcurso del tiempo, será destruido.

El análisis científico y estadístico de los datos contenidos en las historias y la presentación de algunos casos concretos pueden proporcionar informaciones muy valiosas, por lo que su publicación es autorizable desde el punto de vista deontológico, con tal que se respete el derecho a la intimidad de los pacientes.

Excepciones del secreto profesional

El secreto médico es un derecho del enfermo, pero no incurre en violación cuando se revela en los siguientes casos:

- a) por autorización expresa del paciente.
- b) Cuando está comisionado por la autoridad competente para conocer el estado físico y mental de una persona. Si bien, en sus declaraciones ante los tribunales de justicia deberá precisar si, a pesar de todo, el secreto profesional le obliga a reservar ciertos datos. Si fuere necesario, pedirá asesoramiento al Colegio Médico.
- c) Cuando como médico forense o sanitarista actúa en el desempeño de sus funciones.
- d) Cuando en su calidad de médico tratante hace declaración de enfermedades infecto-contagiosas a las autoridades sanitarias.
- e) Cuando se expide certificado de defunción y de recién nacido vivo.
- f) Cuando tratándose de menores de edad, incapaces mentales o inconscientes, lo exijan sus padres o representantes legales y no entraña perjuicio para el paciente.
- g) Cuando en su calidad de experto, actúa como médico de una compañía de seguros, al rendir informe al departamento médico respectivo sobre las personas que se les envía para examen, previo consentimiento del paciente.
- h) Cuando actuando como perito nombrado por una institución ante la cual el paciente busca trabajo, corre peligro la vida de éste y la de los demás. La actuación del perito debe ser aceptada por el paciente.
- i) Cuando es demandado por responsabilidades ante la justicia.

j) Cuando el médico se vea injustamente perjudicado por causa del mantenimiento del secreto de un paciente y éste sea el autor voluntario del perjuicio.

k) Si con el silencio se diera lugar a un perjuicio al propio paciente u otras personas o un peligro colectivo.

l) Cuando el médico comparezca como acusado ante el colegio o sea llamado a testimoniar en materia disciplinaria, en cuyo caso, el Colegio Médico debe mantener el secreto. No obstante, tendrá derecho a no revelar las confidencias del paciente.

Ley natural

Es aquella que está en el interior de toda la naturaleza. Es un mandato heterónomo, que está fuera de uno, que manda absolutamente y al que todos los seres humanos tienen que obedecer, sin posibilidad de cambio alguno ante ese mandato.

Ella no sólo es principio normativo de los propios fenómenos de la naturaleza, sino también principio normativo de las acciones de los seres humanos, de tal manera que es una especie de mandato grabado a fuego en el interior de las cosas naturales, que obliga a todos los seres humanos.

Lo bueno sería aquello que de algún modo es acorde con la ley natural; y lo malo, lo contrario.

Ley N° 3940/2009

Que establece derechos, obligaciones y medidas preventivas con relación a los efectos producidos por el virus de inmunodeficiencia humana(VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida(SIDA).

Artículo 4.- carácter de la prueba: la prueba laboratorial para el diagnóstico de infección por VIH debe estar acompañada de consejería pre y post test.

Toda prueba debe ser:

- 1) **voluntaria**, solo puede efectuarse con el consentimiento del usuario;
- 2) **gratuita**, cuando es realizada por laboratorios del sector público del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, y;
- 3) **confidencial** tanto de la prueba como el resultado de la misma, entre el personal de salud involucrado y el usuario.

Artículo 5° consejería obligatoria: durante las etapas de embarazo, parto y lactancia el personal de salud está obligado de aconsejar y ofrecer la prueba laboratorial para el diagnóstico de infección del VIH. Es también responsable de que la realización de la misma sea previo consentimiento libre e informado de la usuaria.

Artículo 8.- importancia de la prevención: la prevención es el único medio eficaz para evitar la transmisión del VIH, esta se basa en el entendimiento de los medios de transmisión, para lo cual se promueve:

- 1) la abstinencia sexual;
- 2) la fidelidad mutua;
- 3) el uso responsable de insumos para la protección de las relaciones sexuales;
- 4) evitar el uso compartido de agujas, jeringas e instrumentos corto punzantes;
- 5) el cumplimiento a las normas de bioseguridad en los establecimientos de atención en salud;
- 6) la utilización de sangre debidamente testada para transfusión sanguínea;
- 7) el cumplimiento de medidas específicas durante el embarazo, el parto y la lactancia

Artículo 17.- acceso a la atención integral en salud: los establecimientos de salud pública, en todos sus niveles, deben brindar atención a las PPVS (personas que viven con VIH y SIDA) que lo requieren otorgándoles información, orientación, materiales, tratamiento y apoyo psicológico, conforme al nivel de complejidad.

Los mismos deberán ser incorporados al sistema de derivación inmediata a centros de referencia y contrarreferencia establecidos por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y el PRONASIDA para la atención integral. Los establecimientos de salud privados y del seguro social deben proporcionar a sus asegurados PPVS la atención integral correspondiente

Artículo 21.- presiones y condiciones: queda prohibida la realización hacia el trabajador de actos arbitrarios, hostigamientos, violación de la confidencialidad acerca del estado serológico, despidos u otra forma de discriminación en el empleo, así como ejercer sobre el mismo cualquier tipo de presión o coacción para que este se realice la prueba laboratorial para el diagnóstico de infección por VIH, y condicionar a la realización o al resultado de la prueba el acceso, promoción o permanencia en los puestos de trabajo. Serán aplicables en estos casos, las disposiciones del código laboral, sin perjuicio de otras acciones que pudiere ejercer el trabajador afectado.

Artículo 23.- actos u omisiones: los actos u omisiones que impliquen la violación de las normas establecidas en este cuerpo legal son consideradas infracciones pasibles de sanciones administrativas. Toda persona que se considere agraviada por tales actos u omisiones cometidos en su contra tiene derecho a recurrir a las autoridades administrativas correspondientes. .sin perjuicio de las acciones civiles, penales y laborales, que pudiese ejercer en consecuencia

Artículo 25.- sanciones: las sanciones que se establecen en esta ley son: multa, suspensión o cancelación del registro y clausura de la institución, las que serán aplicadas de cada caso. **La suspensión y cancelación del registro serán por un plazo no mayor de seis meses y tres años, respectivamente.**

El monto de las multas se calculara teniendo como base el jornal mínimo para actividades diversas no especificadas en la republica que, en ningún caso, excederá de cien jornales.

Las multas percibidas por el Ministerio serán consideradas recursos propios, las que serán depositadas en una cuenta especial y aplicadas en forma exclusiva para incrementar y fortalecer el Programa Nacional de Control SIDA/ITS (PRONASIDA).

Artículo 26.- violación de las normas: el personal o auxiliar de la salud que niegue prestar sus servicios a una persona que vive con el VIH y SIDA, lo abandone estando bajo su cuidado y control, provoque la muerte o incapacidad de la persona, sea responsable de la transmisión del VIH poniendo en riesgo en la salud publica expida certificados, análisis, dictámenes o informes falsos, viole voluntariamente la obligación de confidencialidad, entre otros, será pasible de las sanciones, previstas en el articulo anterior. Las mismas serán fijadas atendiendo la gravedad de los hechos y los antecedentes del infractor.

Glosario

• Actos morales, juicio	70
• Belmont	80
• Bien	20
• Bioética	41, 49
• Buena práctica clínica ICH - GCP	81
• Calidad de vida	181
• Clonación	143
• Consentimiento informado	58, 247
• Cuidados paliativos	74
• Deductivo, método	21
• Desproporcionadas, medidas	74
• Diagnóstico pre implantatorio	140
• Directivas anticipadas	75
• Distanasia	74, 195
• Doble efecto	75
• Dolor total	179
• Encarnizamiento terapéutico	74
• Ética	21
• Extraordinarios, medios	74
• Fertilización in vitro	141
• Futilidad	74
• Género, perspectiva	121
• Helsinki	80
• Hibridación	143
• Inductivo, método	21
• Limitación del esfuerzo terapéutico	218, 219
• Mal	20
• Medicina	38
• Muerte encefálica	75, 158, 160, 197
• Nuremberg	79
• Orden de no resucitación (ONR)	220
• Ordinarios, medios	74
• Ortotanasia	195
• Parafilias	151
• Paternidad responsable	151
• Persona	31
• Placebo	80
• Principios de la ética	50
• Principios de la bioética	50
• Proporcionadas, medidas	74
• Recta razón	20
• Reducción embrionaria	142
• Salud reproductiva	120
• Secreto profesional	176, 209
• Sedación terminal	193
• Sufrimiento	37, 180
• Uganda Sida	176
• Virtudes	22