

**RESÚMENES DE COMUNICACIONES
DEL VIII CONGRESO DE AEBI**

LA PLATAFORMA DIGITAL IDEA: UNA NUEVA MANERA DE TRABAJO Y COMUNICACIÓN EN EL COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL DEL ÁREA III DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD

M^a Ángeles Navarro Perán

Comité de Ética Asistencial del Área III de Salud del Servicio Murciano de Salud.

Correo contacto: mangelnavarroperan427@gmail.com

Introducción

En septiembre de 2009 se puso en funcionamiento esta plataforma digital, suponiendo una novedad y un gran avance que viene a complementar a la tradicional manera de trabajo de los CEA (Comités de Ética Asistencial).

Objetivos

General

Dar a conocer una nueva manera de trabajo y comunicación entre los miembros del CEA del Área III del Servicio Murciano de Salud (SMS).

Específicos

- Explicar la adaptación del CEA a la nueva era del trabajo y la comunicación on-line.

- Mostrar las ventajas y rapidez de esta nueva manera de trabajo.

Método

Trabajo descriptivo sobre la plataforma digital IDEA, una herramienta de trabajo on-line implantada en el CEA desde septiembre de 2009, utilizada por los 22 miembros mediante acceso con una clave personal, estando presente su localización en la página web de Murciasalud.

Desarrollo

Dentro de la plataforma nos encontramos con cuatro áreas o apartados de trabajo:

TEMAS A DEBATE: En este foro abrimos todos los debates que consideramos oportunos.

Formación

En este apartado se van incluyendo todas las referencias, documentos, actividades, eventos... relacionados con la formación y aprendizaje interno del CEA.

Ejecutivo

Esta área corresponde a los aspectos de Presidencia, representación, difusión, imagen... del Comité de Ética Asistencial

Protocolos

Espacio para el trabajo del grupo de protocolos, informes...

Conclusiones

Esta revolucionaria manera de trabajo nos ayuda a agilizar nuestro trabajo, siento también una motivación para los miembros del CEA, nos permite estar en contacto y actualizados con rapidez y cómodamente desde cualquier ordenador.

ENFERMERÍA, CALIDAD ASISTENCIAL Y DEONTOLOGÍA. ANÁLISIS DE UN CASO

Concepción Noriega Matanza, José Ángel Agejas Esteban

conchanoriegaprof@gmail.com

Universidad Camilo José Cela

j.agejas@ufv.es

Universidad Francisco de Vitoria

Introducción

Presentación del trabajo, interés de la comunicación y situación dentro de la temática del congreso, adscribiéndose el estudio al tema 1, la transmisión de valores en las profesiones sanitarias, y más en concreto, a los incisos cuarto y quinto, al poner en relación la excelencia clínica con la formación de los profesionales de la enfermería.

1. Código deontológico y calidad asistencial

En un primer momento, la comunicación expone la relación directa que existe entre el código deontológico de la enfermería por un lado, y el concepto más reciente de la calidad asistencial, que si bien está inicialmente vinculado

a un análisis más cercano al esquema empresa-cliente, tiene en la enfermería una razón de ser más amplia, al buscar el bien integral del paciente.

2. Formación científica y desarrollo profesional

Precisamente por esta estrecha vinculación, se muestra en un segundo momento cómo la exigente formación científica del profesional exige, también, una serie de conocimientos y ejercicio de habilidades y destrezas que, si en otro momento no eran considerados propios de la formación universitaria, hoy con el EEES se integran de manera conveniente e inevitable. Esta integración, más allá de un requisito legal, ya es una exigencia propia del ejercicio de la profesión.

3. La problemática del paciente diabético ambulatorio

El trabajo pasa a continuación a exponer brevemente el campo en el que se ha realizado el estudio que aquí se expone, ligado a la experiencia de asistencia ambulatoria a pacientes diabéticos.

4. Calidad asistencial y satisfacción del paciente

Se exponen los resultados más relevantes del estudio realizado en la po-

blación ambulatoria de varios hospitales y centros de salud de la Comunidad de Madrid

5. Conclusiones

Finalmente, se extraen las conclusiones más relevantes que muestran cómo la asistencia a estos pacientes crónicos se encamina hacia la plena satisfacción del paciente en la medida en la que la excelencia clínica se ofrece con un alto grado de compromiso por el bien personal.

DIFERENCIAS EN LAS ACTITUDES ANTE LA CONFIDENCIALIDAD ENTRE SERVICIOS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS

Manuel Naves Díaz, Berta Fernández Fernández, Rosa María Simó Martínez
*Comité de Ética para la Atención Sanitaria del Área Sanitaria IV de Asturias.
5ª planta del Centro de Rehabilitación. Hospital Universitario Central de
Asturias. C/Celestino Villamil s/n. 33006 Oviedo. E-mail: manuel@hca.es*

Introducción

La confidencialidad es el derecho del paciente a que todos aquellos que participen directa o indirectamente en su atención sanitaria respeten su intimidad y cumplan con el deber de secreto.

Objetivo

Por tanto, el objetivo de este trabajo fue evaluar las diferencias respecto a las actitudes que tienen los profesionales sanitarios, según se encuentren trabajando en servicios médicos o quirúrgicos, sobre aspectos relacionados con la confidencialidad de los pacientes durante su atención sanitaria, así como el grado de conocimiento de las leyes que regulan aspectos relacionados con la confidencialidad y la información.

Material y Métodos

Para ello se llevó a cabo un estudio multicéntrico en 9 hospitales del norte de España para conocer aspectos relacionados con la confidencialidad en la atención sanitaria en profesionales sanitarios (personal facultativo y de enfermería). Los resultados que mostramos aquí hacen referencia a los resultados de las 880 encuestas realizadas al personal sanitario del Hospital Universitario Central de Asturias.

Resultados

En el 12,6% de los casos en los servicios médicos y en el 18,1% en los servicios quirúrgicos la información se da siempre en lugares inapropiados ($p=0,060$). A este respecto cabe señalar que hasta un

18,7% de los profesionales sanitarios en servicios médicos y el 18,4% de los de servicios quirúrgicos miraría la historia clínica si quisiera conocer que le pasa a un conocido suyo ($p=0,932$). Un 26% personal sanitario de servicios médicos siempre accede a no revelar el diagnóstico al paciente cuando los familiares se lo piden. Este porcentaje asciende al 30,1 en el caso del personal sanitario de servicios quirúrgicos ($p=0,343$). El 14,0% de los profesionales sanitarios de servicios médicos informa de un diagnóstico grave primero a la familia, siendo este porcentaje similar en el caso de profesionales sanitarios de servicios quirúrgicos (12,9%, $p=0,746$). Hay un alto porcentaje de encuestados que responde que no se le pregunta al paciente si quiere que se informe a sus familiares (33,1% en servicios médicos y 21,1 en servicios quirúrgicos, $p=0,003$). Hasta un 12,6% del personal sanitario de servicios médicos le diría a un amigo que le pasa a un amigo común que ha atendido. Este porcentaje es ligeramente inferior en el caso de los servicios quirúrgicos (8,2%, $p=0,085$).

Es destacable la falta de conocimiento de legislación relativa a la información y

a la confidencialidad de los datos clínicos. Solo el 19,1% del personal sanitario en servicios médicos conoce bien el contenido de la ley 41/2002, porcentaje que desciende al 16,2% en los servicios quirúrgicos ($p=0,338$). Menor conocimiento se tiene aún de la ley de protección de datos 15/1999, donde el 13,6% del personal sanitario en los servicios médicos y 10,4% en los servicios quirúrgicos conocen bien su contenido ($p=0,229$).

Conclusiones

Si bien no existen grandes diferencias en las actitudes que el personal sanitario tiene según se encuentre trabajando en un servicios médico o quirúrgico, debe mejorarse más el respeto a la confidencialidad de los datos de los pacientes, sobretodo en lo referente a mirar historias clínicas fuera de su competencia asistencial, así como a quien debe darse la información. Resulta preocupante el escaso conocimiento de las leyes. Solo el 18% del personal sanitario conoce bien el contenido de la ley 41/2002, siendo este porcentaje inferior (12%) en el caso de la ley de protección de datos.

ANÁLISIS DE LOS COMITÉS DE ÉTICA ASISTENCIAL EN GALICIA

***M^a Antonia Fernández Lamelas, **Carmen Virginia Rodríguez Gómez**

** Escuela Universitaria de Enfermería, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Universidad de Vigo*

*** Centro de Salud de Bembrive. Vigo*

Dirección Postal: C/ Torrecedeira, 50-1º E; 36202 Vigo

Dirección e: maria.antonia.fernandez.lamelas@sergas.es

Introducción

A menudo el profesional sanitario se encuentra perplejo ante las constantes innovaciones y el creciente costo de los medios técnicos empleados en la práctica clínica. La aplicación de estos procedimientos plantea problemas éticos que han de afrontarse con conocimientos y habilidad en el proceso de decisión ética. Para ayudar al profesional, a la sociedad y al paciente en estas situaciones, surgen los Comités de Ética Asistencial (CEA). En todos los países, debido a la preocupación actual por los problemas éticos en materia de salud se ha visto la necesidad de crear comités de ética, siguiendo el modelo estadounidense.

Material y métodos

La metodología empleada en este análisis se concreta en una encuesta rea-

lizada a miembros de los siete CAEs de Galicia. La encuesta es de tipo abierto ya que hemos considerado que en un trabajo de tipo cualitativo como este, la posibilidad de entablar una conversación con los encuestados.

Las respuestas han sido organizadas en función de cada comité pero se han evaluado por temas.

Resultados

La media de edad oscila entre los 40 y 50 años. Médicos y enfermeras cubren un 66,13% del conjunto de los siete comités. 5 poseen un Master en bioética, uno ha realizado un curso superior de post-grado y 26 tiene un curso de experto.. Los casos mas frecuentes presentados al los comités son: problemas de limitación del esfuerzo terapéutico, sedación, cuidados paliativos, consentimiento informado y testigos de Jehová.

Discusión

En cuanto a forma de incorporarse al comité no existe un criterio objetivo de selección de los miembros. Son poco conocidos por el público y mucho menos sus funciones y localización.

Poca representación de los usuarios.

El desarrollo se ha llevado a cabo de forma muy lenta y para cualquier avance se requiere el apoyo institucional.

Propuestas

— Que los miembros del comité tengan formación en bioética

— Mayor representatividad de otros profesionales, no sanitarios

— Establecer un sistema objetivo para incorporación de los miembros

— Asistencia obligatoria a las reuniones

— Formación continua de los miembros y de los profesionales del centro

— Publicidad del comité para que sea conocido por profesionales y usuarios

— Mayor apoyo institucional

— Relación fluida con otros comités

PACIENTE CON PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA INGRESADO PARA TRATAMIENTO ONCOLÓGICO QUE RECHAZA LA ALIMENTACIÓN

Comité de Ética Asistencial

Hospital Morales Meseguer. Murcia. (susanbau@hotmail.com)

Consulta al Comité de Ética Asistencial

Paciente con un trastorno delirante esquizofreniforme que ingresa en el servicio de Oncología por un cáncer de cavum. Se inicia tratamiento quimioterápico con buena respuesta. Desde el ingreso, el paciente se niega a la ingesta, con desnutrición progresiva. No tiene tutor legal y no consta declaración de incapacidad, pero sus familiares manifiestan su conformidad con los tratamientos y cuidados indicados. Se solicita recomendación del comité de Ética Asistencial ante la posibilidad de alimentación forzosa. Reunido el comité de urgencia, emite el siguiente informe.

Los hechos y circunstancias

1. La patología que presenta el paciente tiene posibilidades (escasas) de curación.
2. La respuesta inicial al tratamiento ha sido buena.

3. Las dos circunstancias anteriores soportan razonablemente la indicación de los tratamientos y cuidados necesarios para intentar la curación del paciente.

4. La nutrición del paciente es un cuidado necesario.

5. El paciente no rechaza los tratamientos propuestos pero sí la ingesta.

6. Cabe que el rechazo de la ingesta no sea una decisión autónoma y racional.

7. El paciente presenta patología psiquiátrica que eventualmente puede afectar a la capacidad de tomar decisiones sobre cuestiones graves.

8. Los familiares del paciente aceptan los tratamientos y cuidados indicados.

El dilema

En este caso entran en conflicto el valor de la autonomía en la toma de decisiones sobre los tratamientos a recibir, y el principio de beneficencia, sobre el que se basan todas las indicaciones médicas

en pro de la vida y del alivio del sufrimiento de los pacientes. Desde una perspectiva ética, tiene prioridad el principio de autonomía a la hora de rechazar un tratamiento. Pero en este caso, se plantea hasta qué punto el paciente está en condiciones de ejercer este derecho, condición necesaria para su curación o mejoría. Y en tal caso, se plantea la legitimidad ética de realizar una intervención en beneficio de la salud del paciente pero en contra de su voluntad.

Las recomendaciones del comité son

1. Revisar el diagnóstico y tratamiento de su patología psiquiátrica por parte del servicio de Psiquiatría del hospital por si de ello se derivara una modificación de la actitud del paciente hacia decisiones más razonables.

2. Continuar con el tratamiento activo ya iniciado y continuar con el tipo de alimentación actual (Nutrición Parenteral Total) que el paciente no rechaza y no le supone daño, al menos mientras permanezca ingresado.

3. Si en algún momento se decide alta o traslado y el paciente sigue rechazando la ingesta, el facultativo responsable tendrá que valorar la indicación de una gastrostomía de alimentación forzada, si persiste la consideración de que no se trata de una decisión razonable.

4. En relación con la proporcionalidad del tratamiento, se acuerda valorarlo en sesión clínica del Servicio correspondiente y consultar de nuevo al CEA si los médicos responsables no están de acuerdo con la decisión. Pensamos que depende mucho de la evolución de la enfermedad neoplásica y psiquiátrica.

DOCUMENTO: ATENCIÓN AL PACIENTE AL FINAL DE LA VIDA EN EL HOSPITAL MORALES MESEGUER

Comité de Ética Asistencial del Hospital Morales Meseguer de Murcia
(*susanbau@hotmail.com*)

Introducción y objetivos

La revisión de las circunstancias de la muerte de los pacientes de nuestro centro a través del análisis de historias clínicas puso de manifiesto la necesidad de mejorar algunos aspectos en la tarea asistencial al final de la vida. El CEA del Hospital Morales Meseguer ha elaborado este documento con el objetivo de servir de guía y orientación a los profesionales en situaciones de conflicto de valores en la toma de decisiones clínicas en la atención a pacientes al final de la vida.

Contenido del documento. Apartados

1. *Aspectos éticos*, donde se repasan los principios éticos, teniendo en cuenta las distintas corrientes bioéticas actuales, y haciendo hincapié en los conceptos de dignidad, calidad de vida y situación terminal.

2. *Aspectos terapéuticos*, donde se concretan las bases de la terapéutica y los cuidados al final de la vida, y se sistema-

tizan y definen los principales conflictos éticos que se presentan en la atención los pacientes en situación terminal: limitación del esfuerzo terapéutico, órdenes de no reanimar, sedación terminal, documento de instrucciones previas, consideraciones éticas sobre la eutanasia.

3. *Aspectos de calidad humana, apoyo social, atención espiritual e intervención psicológica*, con especial atención a los procesos de comunicación e información a pacientes y familiares.

4. *Conclusiones*, con recomendaciones prácticas para el control de síntomas, rehabilitación del enfermo terminal, sedación paliativa y de apoyo social.

Conclusiones

1. Los trabajos de discusión y elaboración del documento así como la difusión del mismo han permitido reorientar la atención de los profesionales de nuestro centro a la atención del final de la vida. Será preciso evaluar el impacto del documento tanto en la satisfacción de los

profesionales como en la calidad de la atención en esta etapa.

2. El documento se perfila como un punto de partida para la reflexión y elaboración de protocolos y recomendaciones específicas por parte del comité, que apoyen a los profesionales en la toma de decisiones en las situaciones de conflicto ético: limitación de esfuerzo terapéutico, órdenes de no reanimar, sedación terminal, etc.

Bibliografía

1. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Guía de Cuidados Paliativos. SECPAL. En: <http://www.secpal.com>
2. Organización Médica Colegial-Sociedad Española de Cuidados Paliativos: Declaración sobre la atención médica al final de la vida. Madrid 11 de enero de 2002.

¿QUIÉN DECIDE?

Eloina Cañibano Maroto, Silvia Guadilla Gómez
Centro de Salud Plaza del Ejército (Valladolid Oeste)
Plaza del Ejército S/N 47007 Valladolid
elocanibano@gmail.com, silviaguadilla@gmail.com

Introducción

Paciente de 86 años, válida para las actividades básicas de la vida diaria, vive sola, diagnosticada de metástasis hepáticas con primario desconocido.

No realiza tratamiento ni seguimiento de ningún tipo. Comienza al cabo de unos meses con síndrome constitucional y malestar general por lo que ingresa en el servicio hospitalario de digestivo donde se pide una colonoscopia ante sospecha de neo de cólon. En el transcurso del ingreso la paciente presenta súbitamente un cuadro de pérdida de conocimiento, desaturación y apneas y arreactividad.

Sospecha clínica y diagnóstica de ACV de cerebral media e infarto agudo de miocardio.

Métodos

Identificamos los problemas éticos presentes:

- 1.- Decisión previa de la paciente: ¿conocía su diagnóstico?
- 2.- ¿Dejó la paciente instrucciones previas?

3.- ¿Qué sabe la familia?

4.- ¿Tienen tanto la paciente como la familia suficiente información para tomar decisiones?

5.- ¿Quién toma la decisión en caso de inconsciencia?

6.- ¿Existe algún tipo de documentación clínica que recoja la voluntad de la paciente?

7.- ¿La edad constituye un criterio suficiente para decidir o no el estudio de la patología de la paciente y la manera de proceder?

Existe constancia en historia previa de que se decide no buscar tumor primario, sin embargo en la historia clínica del ingreso actual figura la petición de pruebas invasivas (colonoscopia) Además la paciente ha sido ingresada por el síndrome constitucional (¿está bien hecho el ingreso?) La paciente está en coma, hay contradicciones en su historia y el pronóstico es malo: ¿cómo proceder?

Resultado y Discusión

Valores en conflicto presentes:

Respecto a la Autonomía del paciente no hay nada en la historia clínica que nos haga saber su decisión previa, se encuentra en coma sin capacidad de decisión y no sabemos a quién de los familiares le corresponde decidir. Esto entra en conflicto con el punto de vista de la Beneficiencia (buscamos mejorar la situación de la paciente lo máximo posible dadas las circunstancias) y con el punto de vista de la No Maleficiencia: ¿hacemos reanimación llegado el caso o no? Y finalmente, ¿supone la edad un criterio a tener en cuenta? (Justicia).

Conclusiones

Ante la incapacidad de la paciente para decidir sobre sí misma, la situación clínica actual y los antecedentes de la paciente, se habla con el familiar presente (hijo) informándole de la situación de mal pronóstico en la que se encuentra con el objetivo de decidir la actuación a realizar: tratamiento paliativo-sintomático o reanimación cardiorespiratoria en el caso que requiriera. El hijo conoce el diagnóstico previo de su madre y entiende la nueva situación actual, decidiendo optar por tratamiento paliativo-sintomático quedando reflejado en la historia clínica.

DECISIÓN FINAL

**Ana Gajate García, M^a Dolores Pinilla García, Silvia Guadilla,
M^a del Mar Martín, Carmina Vázquez.**

Centro de Salud Arturo Eyries (Valladolid)

Contacto: Ana Gajate García, peluzzy@hotmail.com

Introducción

Varón de 57 años con antecedentes personales de síndrome ansioso depresivo, con intento autolítico hace 3 meses. Se encuentra de baja desde hace 9 meses por lumbalgia. Acude a la consulta con el documento de instrucciones previas formalizado, en el cual especifica: ante la situación de daño cerebral, tumor maligno diseminado, enfermedad degenerativa nerviosa o muscular o situación terminal irreversible en el que pierda la capacidad de obrar, requiere que no se dilate su vida por medios artificiales y que se le suministren los fármacos necesarios para paliar el malestar, con el fin de «no estar muerto en vida». Ante esta situación y ante el intento autolítico el médico se plantea si el paciente se encuentra capacitado para firmar este documento.

Indicación de los problemas éticos

En la Historia de nuestro paciente surgen al menos estos problemas éticos que formularemos con preguntas:

1: Aunque el paciente está capacitado legalmente, ¿es éticamente correcto que decida sobre su futuro en este momento de su enfermedad? 2: ¿Hasta dónde llega la obligación de un Médico de Familia dudar de la capacidad o incapacidad de un paciente? 3: ¿Puede decirse que la decisión del paciente es voluntaria, o está condicionada por su enfermedad? 4: ¿Nuestra actitud expectante es correcta desde el punto de vista profesional? 5: ¿Deberíamos hacer una investigación más exhaustiva sobre los motivos que han llevado al paciente a tomar esta decisión? 6: ¿Qué conlleva para el paciente haber firmado este documento?

Elección de los problemas a debatir

Ya que es un caso sobre la capacidad de decisión de un paciente, se discutirán la nº 1 y la nº 5.

Identificación de los cursos de acción posibles

Como Médicos de Familia de este paciente se plantean varias formas de actuación:

1: Respetar la decisión del paciente ya que es legalmente capaz. 2: Comenzar los trámites para Incapacitar al paciente. 3: Derivar al paciente al Servicio de Salud Mental, para valorar el estado de su enfermedad actual y de su capacidad de decisión. 4: Realizar una exploración psiquiátrica completa y controlar habitualmente durante un tiempo desde Atención Primaria y si se detecta alguna alteración, derivarle a Salud Mental.

Deliberación del curso de acción considerado óptimo

No se consideran correctas: la opción 1 por sus intento autolítico y la 2, ya que el paciente a pesar de su enfermedad puede llevar una vida normal. La opción 3, podría ser correcta ya que dados los

intentos autolíticos previos del paciente, es acosenjable determinar el estado de su enfermedad para saber si es apto o no para tomar una decisión. Puede que la 4 sea la más correcta ya que es un paciente al que conocemos y es sencillo detectar alteraciones en su estado anímico.

Decisión final

Antes de decidir el curso de acción es necesario haberse planteado los valores que entran en conflicto: el derecho de decisión del paciente y el deber del médico de proteger la salud de sus pacientes. La opción 4 ya que respeta el principio de autonomía del paciente pero al mismo tiempo se realiza un seguimiento de la enfermedad.

EL DESCUBRIMIENTO DE LA VOCACIÓN PERSONAL COMO MEDIO NECESARIO PARA CONSEGUIR LA EXCELENCIA PROFESIONAL EN EL ÁMBITO SANITARIO

Arantzazu Fdez-Delgado Tomás, Ana Aranda García

Universidad Católica de Murcia. Monasterio Los Jerónimos. 30107 Guadalupe.
afdelgado@pdi.ucam.edu

En los últimos años asistimos al éxito del concepto de excelencia que, según la RAE., viene del latín *excellētia* y significa «Superior calidad o bondad que hace digno de singular aprecio y estimación algo». El adjetivo excelente de *excellens, -entis*, «Que sobresale en bondad, mérito o estimación». Parece también importante matizar que por «vocación personal» entendemos aquello que es propio de la esencia de la persona humana, de ser hombre, se trataría de descubrir como exigencia de la propia naturaleza humana una forma de vivir y obrar⁽¹⁾.

Según entendemos, la crisis en la excelencia profesional en el ámbito sanitario no se da tanto en la aplicación de los conocimientos científico-técnicos sino en el ajustado trato y reconocimiento del valor personal del paciente y de su vida. Damos por supuesto que al finalizar la formación académica, el ya profesional sanitario asumirá como propio el Juramento Hi-

pocrático y/o el Código Deontológico de su profesión. Sin embargo, no deberíamos presuponer tan fácilmente la asunción personal de estas normas que van más allá de la legalidad y comprometen a la persona entera.

Cada vez más, nos encontramos con alumnos que, provenientes de una sociedad sumergida en una crisis existencial, son marcadamente relativistas, sus motivaciones son casi exclusivamente extrínsecas, y viven sometidos a la tiranía de las propias pasiones y sentimientos que reclaman ser satisfechos de manera inmediata. Por esto, como docentes, nos parece que urge la necesidad de proporcionar, dentro de la propia formación académica, una ayuda para que el alumno sea capaz de lograr la excelencia personal. Propiciando la recuperación de la dimensión sapiencial y metafísica de la existencia, actualizando así las motivaciones intrínseca y trascendente, que

tienen que ver directamente con la propia vocación y de las que depende la propia excelencia. Formando su conciencia para que sea capaz de discernir lo bueno y lo verdadero, y comprometerse con ello. Por último, proporcionándole una ética de las virtudes que le permita tener verdadera potestad sobre sus actos y ser así libre en el amor del bien⁽²⁾.

La excelencia profesional se encarna en la excelencia personal. Las actitudes e identidad profesionales serán la consecuencia lógica y coherente de los valores e ideales éticos de las personas⁽³⁾. Y a su vez, la bondad en el obrar dará, a la larga, la bondad en el ser. Es inelu-

dible, ambas, la excelencia personal y la excelencia profesional, van unidas y se retroalimentan.

Referencias

- (1) Frankl, V. «El hombre en busca del sentido». En: *El Hombre Doliente. Fundamentos antropológicos de la psicoterapia*, Herder, Barcelona, 2000, 18-20.
- (2) Cardona, C. *Metafísica del Bien y del Mal*, Universidad de Navarra, Pamplona, 1987, 67-150.
- (3) Hansen, F. «La dimensión existencial para la orientación formativa y profesional: cuando la orientación se convierte en práctica filosófica». *Revista Europea de Formación Profesional* 34, (2005), 53-67.

DEONTOLOGÍA Y BIOÉTICA, UNA LECTURA ALTERNATIVA

Francisco-José Ballesta Ballester

*Facultad de Bioética del Ateneo Pontificio Regina Apostolorum, Roma.
Via degli Aldobrandeschi 190. 00163 Roma, Italia. fballesta@arcol.org*

Introducción

En el contexto de la definición del estatuto epistemológico de la bioética se plantean numerosos interrogantes. Las relaciones de esta «nueva» disciplina con tantos otros campos del saber, mucho más antiguos y consolidados, son objeto de encendidos debates. Las cosas se presentan sencillas cuando se consideran las relaciones entre la bioética y las ciencias biológicas o los avances tecnológicos. Las relaciones entre bioética y derecho, aunque presentan mayor complejidad, tampoco resultan especialmente problemáticas. Los problemas serios los encontramos principalmente en dos campos. El primero de ellos, al que sólo me referiré indirectamente, es el de la bioética en sus relaciones con la filosofía; en concreto la incidencia de las corrientes éticas, del pluralismo ético tan característico de nuestra cultura, sobre las direcciones que toma la bioética (bioética católica, bioética laica, bioética principalista, bioética personalista, etc. son algunos ejemplos). Podríamos hablar aquí de una patología de cierta

cronicidad que la bioética comparte con la filosofía. El segundo campo, centro de nuestra atención, es el de las relaciones entre la bioética y la deontología médica.

Deontología y Bioética, el paradigma dominante

La producción literaria sobre el tema de las relaciones entre la deontología profesional y la bioética se complace con excesiva prodigalidad en presentarnos el siguiente paradigma: la vieja deontología profesional, sectaria, protectora de los privilegios de la clase médica, ha sido transformada, superada y, en cierto modo, absorbida por una nueva disciplina, la bioética, que se ha encargado de poner las cosas en su sitio. La bioética ha devuelto al paciente su protagonismo y, rescatándonos del paternalismo, nos ha llevado a la nueva tierra de la alianza terapéutica. Evidentemente este paradigma de la transformación de la deontología a manos de la bioética se inscribe dentro del marco de referencia de la bioética principalista. No es el

momento para desarrollar una crítica en profundidad de este marco de referencia pero sí es necesario recordar su matriz liberal-utilitarista, heredera de la filosofía moderna, y su pretensión, de carácter ideológico, de ofrecer una explicación reductiva de toda la realidad.

Deontología y Bioética, una lectura alternativa

El paradigma descrito anteriormente debería ser completamente revisado. La deontología profesional está siendo ciertamente transformada. Parte de la transformación se debe a la influencia de la ideología de matriz liberal-utilitarista, misma que está a la base de la bioética principalista y de tantas otras transformaciones culturales a las que asistimos. Esta matriz cultural común hace que la explicación del fenómeno de la transformación de la deontología se confunda y se atribuya a la nueva disciplina.

Creo que la lectura correcta de esta relación podría resumirse en los siguientes puntos:

1) La sana bioética tiene uno de sus pilares fundamentales en la deontología médica.

2) La ideología de matriz liberal-utilitarista encuentra en la deontología uno de los obstáculos principales para su expansión y busca modificar sus principios.

3) Incidiendo sobre la deontología, la ideología de matriz liberal-utilitarista refuerza, de forma indirecta, a la bioética principalista, su representante en la arena bioética.

4) La deontología profesional permaneciendo fiel a sus principios y no dejándose contaminar por la ideología de matriz liberal-utilitarista, podrá seguir ofreciendo su contribución a una bioética realmente humana.

5) El dique de la deontología todavía resiste, aunque con peligrosas cesiones, al embate ideológico.

EL NUEVO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA: EL DIFÍCIL EQUILIBRIO ENTRE LA LEGALIDAD Y LA DEONTOLOGÍA

José Antonio Díez Fernández

Universidad Internacional de La Rioja, Facultad de Derecho

C/ Maestra, 10

23002 Jaén

joseadiez@gmail.com

1. Introducción

La OMC acaba de aprobar un nuevo Código de Deontología Médica, que sustituye al hasta ahora vigente de 1999. El nuevo texto tiene una doble finalidad: a) dar respuesta deontológica a los nuevos problemas surgidos en el último decenio en el ámbito de la biomedicina; b) adaptar la normativa deontológica a la legislación vigente.

Exponer el marco legal en que se sitúa el Código Deontológico: un documento, con valor jurídico, que contiene «el conjunto de principios y reglas éticas que han de inspirar y guiar la conducta profesional del médico (artículo 1); «los deberes que impone, en tanto que sancionados por una Entidad de Derecho Público» —que goza de personalidad jurídica propia y plena capacidad para el cumplimiento de sus fines (art. 1 Ley 2/1974 de Colegios Profesionales—, obligan a todos los médicos en el ejercicio de su profesión,

cualquiera que sea la modalidad en la que la practiquen» (art. 2). Sus pautas «deben distinguirse de las imposiciones descritas en las leyes; incluso obligará a velar (...) para que se cambien las disposiciones legales de cualquier orden que se opongan» al Código (art. 3).

Sin embargo, a pesar de esas declaraciones de principios, y de la autonomía de que gozan los Colegios para la elaboración, interpretación y aplicación del Código (artículo 3 de los Estatutos Consejo General de Colegios de Médicos), sus prescripciones no se deberían oponer a la ley vigente. El problema puede surgir cuando las disposiciones de una ley general entren en conflicto con lo establecido por el Código.

2. Material y métodos

Examen comparativo de los Códigos de 2011 y de 1999, y de la legislación vigente, relativa a las materias regula-

das por el Código Deontológico⁽¹⁾; Se ha consultado, además, los Comentarios a Código de Ética y Deontología Médica de D. Gonzalo Herranz, y dos artículos más de este autor⁽²⁾:

3. Resultados

En términos generales, el nuevo Código merece una valoración positiva, como trabajo serio, coherente, completo y, en principio, en razonable continuidad con la tradición deontológica; pero detectamos en el articulado una serie puntos en que el nuevo Código quizá con la intención de someterse a la ley vigente o tomar de prestado una terminología ajena a la ética y/o a la ciencia médica, puede suscitar conflictos profesionales o interpretaciones ambiguas:

— **Artículo 7:** define el acto médico: «como toda *actividad lícita*, desarrollada por un profesional médico, legítimamente capacitado (...),

— Desaparece la mención del antiguo artículo 24, 1 a tratar al «*ser humano embriofetal con la mismas directrices éticas que a cualquier paciente*»;

— **Artículo 52:** «*En materia de sexualidad no es lícito interferir en la conciencia de las parejas desde la ideología del médico (...). Está obligado a informar a sus pacientes, acerca de todas las prestaciones a las que tenga derecho en materia de procreación y embarazo*».

— Contraste entre el **Art. 54, 1 y el 55,2** sobre pruebas de diagnóstico prenatal, que prohíbe las pruebas genéticas con fines eugenésicos, y el 55,2: que obliga al médico a informar sobre los derechos que

la ley otorga en esta materia a la mujer gestante.

— Artículo 55, 2 puede plantear graves problemas al médico o profesional sanitario objetor al aborto: «*el médico no queda eximido de informar a la mujer sobre los derechos que el Estado le otorga en esta materia (...)*»

— Artículo 55,3: «*No es conforme a la ética cualquier conducta destinada a cercenar o impedir los derechos que la ley conceda a las mujeres para interrumpir voluntariamente su embarazo*».

4. Discusión y Conclusiones

Esos artículos suscitan dudas, al menos, en dos sentidos: la ambigüedad de algunos conceptos fundamentales del quehacer médico; la percepción de asumen, en cierta medida, la ideología de los derechos reproductivos que puede contrastar con la ética médica.

a) Respecto a la definición de acto médico, ¿se refiere a una licitud en términos legales o a una conformidad con relación a la *lex artis*?

b) Respecto a la no mención de tratar al «ser humano embriofetal» de acuerdo con las mismas directrices éticas que al resto de los pacientes», puede prestarse a una interpretación que prive de la debida protección médica y jurídica al «nasciturus»

c) La ilicitud interferir en la conciencia de las parejas desde la ideología del médico, establece una frontera muy poco definida entre el derecho a la información del paciente y el derecho a la libertad de prescripción y la objeción de conciencia

del médico: dónde acaba el consejo médico y empieza la «ideología».

d) Cómo se compaginaría lo señalado en arts. 54, 1 y el 55,2 con lo protocolizado en los Programas de cribado de cromosopatías (auspiciados por la SEGO y de buena parte de los hospitales de la Sanidad Pública) con la declaración de ser éticamente inaceptables las pruebas con fines eugenésicos, y que están dando origen a la práctica desaparición de nacimientos de niños con Síndrome de Down⁽³⁾.

e) La no exención del deber de informar por parte del médico a la mujer que desea abortar, es muy problemático, porque el aborto, tal como lo concibe la ley española es un «proceso» o acto único, en que debe intervenir necesariamente el médico informando y, en su caso, derivando a la mujer a los Centros concertados.

f) Finalmente el tenor literal del artículo 55,3 se puede prestar a una interpretación que haga inoperante tanto el derecho a la libertad de prescripción como el de objeción de conciencia del médico.

Referencias

(1) En particular, ley 2/2010 de Salud Sexual y Reproductiva y de Interrupción Voluntaria del Embarazo, Ley 41/2002 de autonomía

del paciente; Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; ley 14/1986 de Colegios profesionales, con sus modificaciones posteriores, en particular la ley 25/2009 (ley «ómnibus»), con las modificaciones que afectan a los Colegios Profesionales.

- (2) «La 'Ley Ómnibus', una ocasión para reformar el código ético, 2009 <http://www.unav.es/informacion/articulos-de-opinion/ley-omnibus-ocasion-reformar-codigo-etico> y el «Código de Ética y Deontología Médica», 2004: <http://www.bioeticaweb.com/content/view/986/855/>
- (3) Vid. p. e. Fortuny, A. «Propuesta de Screening combinado de cromosopatías en el primer trimestre de la gestación para todo el territorio nacional» en Recomendaciones para la organización de un Servicio de Obstetricia y Ginecología. Documento SEGO 2005, pág. 21: «El cribado de todos los embarazos debería identificar a las mujeres con un aumento de riesgo en una anomalía. El diagnóstico prenatal posibilita el tratamiento fetal y la terminación electiva de la gestación cuando la ciencia médica no puede ofrecer soluciones más adecuadas...debemos recalcar la necesidad de que en España todas las mujeres gestantes tengan acceso a un sistema de cribado que permita SELECCIONAR aquellas que, por presentar alto riesgo de alteraciones CROMOSOMICAS son candidatas a pruebas diagnósticas invasivas. Es misión de las autoridades sanitarias, tanto del gobierno central, como de los autonómicos, garantizar esta igualdad en todo el territorio nacional».

LA PÉRDIDA DE SENTIDO DEL ACTO MÉDICO

Modesto Ferrer Colomer

Unidad de la Espalda de la Fundación Kovacs. Hospital Mesa del Castillo. Murcia.

Plaza Carlos III, 4, 10º C. 3000-Murcia.

Correo electrónico: modfercol@gmail.com

Introducción

Desde hace unos 50 años se puede observar una progresiva dificultad para identificar adecuadamente qué se entiende por acto médico. Parece como si se hubiera ido desdibujando la identidad del acto médico y especialmente su finalidad terapéutica. Se puede observar como un progresivo sometimiento de la clase médica a criterios que no son estrictamente profesionales con una pérdida de los parámetros hipocráticos. Se va transmitiendo en la sociedad una imagen de la profesión médica como meros prestadores de servicios sociosanitarios sin otro límite que lo técnicamente posible y lo indicado en la ley. Las reacciones frente a este fenómeno por parte del colectivo médico e incluso por los órganos colegiados y las sociedades científicas han sido escasas, aisladas y faltas de contundencia, lo que ha ido llevando a que, a nivel personal, a los profesionales sanitarios sólo les parece quedar el recurso a la objeción de conciencia.

Material y métodos

Se ha buscado en revistas profesionales y de bioética cuáles son los principales aspectos éticos del acto médico sobre todo en relación con su finalidad terapéutica. También se ha buscado cuáles son las principales razones profesionales alegadas para no realizar un determinado acto exigido por un paciente con un posible respaldo legal.

Resultados

Junto a beneficios innegables derivados de la mayor sensibilización del profesional por intentar conocer cuál es la voluntad del paciente como manifestación de respeto a su persona y que ha cristalizado en el consentimiento informado, se observa un proceso de transformación en la actividad médica que hace referencia a dos aspectos: el específicamente científico —con el peligro creciente de desvincular la técnica de la ética— y al cambio producido en la relación médico-enfermo

con una tensión entre los principios de beneficencia y autonomía que parece haber llevado al médico a poner en primer lugar el principio de no maleficencia y a que el paciente pase a ser usuario que recibe una prestación aunque quizá no se ajuste a lo que se considera buena práctica profesional (*lex artis ad hoc*).

Discusión

La medicina descansa sobre un fundamento ético y esto la distingue de otras ciencias naturales. Si éste se dejara de lado, la medicina acabaría en pura biotecnología. En una sociedad multicultural y pluralista el mensaje de que la ética es una cuestión privada ha ido conduciendo a una creciente regulación por parte del Estado de todos los aspectos de la vida. Pero durante siglos los médicos han esta-

do vinculados a una norma incondicional de tipo profesional. Los médicos que se someten al consenso social dejan de ser sujetos éticos y pasan a ser meros prestadores de servicios técnicos y se someten a otros compromisos ajenos a la profesión.

Conclusiones

Todo acto médico tiene una dimensión técnica y otra ética y mientras la primera se ha desarrollado mucho, hace falta que el profesional se pregunte por cómo y cuál es la naturaleza del acto médico que realiza. Una ética médica consistente es la mejor protección de los profesionales de la salud contra las presiones políticas, el control público, la burocracia y la judicialización, así como frente a las caprichosas demandas sociales y frente a intromisiones extrañas a la profesión.

LA ENSEÑANZA DE LA BIOÉTICA EN LOS PLANES DE ESTUDIOS DEL GRADO DE MEDICINA EN LAS UNIVERSIDADES ESPAÑOLAS

Asunción Abril-García*, Marta Albert**, José Antonio Santos**

* Hospital Gómez Ulla. Madrid.

** Cátedra de Bioética y Bioderecho. Universidad Rey Juan Carlos. Madrid.

Dirección de contacto: Dra. A Abril. Consultas Externas de Psiquiatría.

Hospital Gómez Ulla. Gta del Ejército s/n. Madrid

Correo electrónico: ma.abrilg@gmail.com

Introducción

Desde hace más de 2500 años la Ética Médica está considerada como parte de la formación de un médico, pero hasta el último tercio del siglo XX no hay una referencia explícita a la necesidad de que sea incluida formalmente en los planes de estudios de Medicina. En todas las directrices internacionales se legitiman las bases de una orientación curricular dirigida al aprendizaje de conocimientos y el desarrollo de habilidades éticas y humanistas en un contexto de profesionalismo. Tal es así que, durante la 51^a Asamblea Médica Mundial de 1999, se decidió que la Asociación Médica Mundial debía recomendar a las Facultades de Medicina del mundo que la enseñanza de la ética médica y los derechos humanos fueran incluidos como curso obligatorio en los currículos.

Material y métodos

Se han buscado todos los planes de estudios de las universidades españolas, públicas y privadas, donde se imparte el Grado de Medicina en el curso académico 2010-2011. La búsqueda se ha realizado con Google, en primer lugar en el Boletín Oficial del Estado, luego en la «Memoria de Grado de Medicina» de la propia universidad y por último, si no se encontraba dicho documento, en la página web de la facultad en cuestión. Una vez obtenido el plan de estudios, se han seleccionado todas las asignaturas (de formación básica, obligatorias y optativas) que se ofertaban al alumnado, que incluyeran en su título, la palabra «ética», «bioética» o «deontología». Se han seleccionado las siguientes variables: Universidad, Comunidad Autónoma, Nombre de la asignatura, Curso en el que se imparte la asignatura,

Número de créditos ECTS/CTS, carácter de la asignatura.

Resultados

Se obtienen los datos de 29 universidades públicas y 7 universidades privadas. En las universidades públicas se encuentran 34 asignaturas y en las privadas se encontraron 12 asignaturas en cuyo título aparecían las palabras clave. En España se ha incluido en los planes de estudio del título de grado de medicina la formación en Ética/bioética en el 99% de sus universidades. La estructura es en formato modular, de una media de 6 ECTS, en los primeros años de carrera, y con carácter obligatorio. Las universidades privadas muestran una mayor sensibilización, más cantidad de créditos y ofertan un plan más longitudinal. Aragón y Canarias en sus universidades públicas ofertan más créditos distribuidos tanto en el primero como en el segundo ciclo.

Discusión

Como reconoce la ANECA, este era un momento histórico que iba a permitir

definir, desde la perspectiva del cambio y la modernidad, el concepto de médico y en definitiva dar respuesta a la pregunta de qué es ser médico en la España del siglo XXI y qué se espera de él como profesional sanitario.

Conclusiones

Se ha realizado una encuesta semiestructurada dirigida a conocer *in situ* la situación en cada una de las Facultades de Medicina, a ser posible dirigida a los responsables de la docencia, así como a la formación de grupos de investigación que definan tanto los contenidos como la metodología de evaluación.

Bibliografía

- Claudot, F. Teaching ethics in Europe. *J Med Ethics*; 2007; 33: 491-495.
- Libro Blanco del Título de Grado en Medicina
- Williams, J.R.) *Medical Ethics Manual*. 2ª ed. The World Medical Association AMM, 2009.

MASTER DE BIOÉTICA Y BIODERECHO DE LA UNIVERSIDAD REY JUAN CARLOS DE MADRID. UNA FORMACIÓN POSTGRADO ADAPTADA A LAS NECESIDADES DE HOY

Dolores González Caballero* y Marta Albert Márquez**

* *Unidad de Neumología Infantil. Servicio de Pediatría. Hospital San Rafael. Madrid. Correo: med002860@saludalia.com*

** *Profesora de Filosofía del Derecho. Cátedra de Bioética y Bioderecho de la Universidad Rey Juan Carlos. Madrid.*

Resumen

Uno de los pilares donde se apoya la identidad de la medicina es en el conjunto de valores éticos, cuya base es el respeto por el paciente. Pero se constata un importante déficit formativo en este aspecto en los profesionales y también una tendencia a sustituir los planteamientos éticos por el cumplimiento acrítico del ordenamiento jurídico. Esta situación, ya crónica, va adormeciendo la sensibilidad, en parte innata y en parte cultivada de los profesionales y les aboca a renunciar al análisis de las cuestiones morales implicadas en la toma de decisiones que lleva consigo el ejercicio de las profesiones sanitarias.

Para paliar este déficit que padece nuestra Sanidad, el Máster de Bioética y Bioderecho se plantea como objetivo

formar profesionales del ámbito sanitario y jurídico capaces de analizar los aspectos morales y legales de las complejas cuestiones relacionadas con la salud que se debaten en el día a día en la práctica asistencial, en los Comités de Ética Asistencial, la gestión sanitaria, la investigación o la docencia.

Para ello es necesario recuperar la idea de ética médica y deontología, ambas en crisis, al igual que la moral de virtudes y deberes. El Máster apuesta por impulsar una superación de los planteamientos estrictamente principialistas en el debate bioético, abordando los problemas bioéticos desde una perspectiva amplia que integra la visión ética con la de la praxis médica y con el punto de vista jurídico.

El Master tiene una duración de un curso académico, y el próximo mes de octubre comenzará la III Edición. Está

diseñado con una visión multidisciplinar de la Bioética que incluye la filosofía, el derecho y la deontología, recogidos en un programa de 18 módulos de clases presenciales en las que, tras una exposición teórica, se destina un tiempo al debate que indudablemente favorece la participación del alumno que se ve enriquecida por la variedad de profesionales entre los alumnos: médicos de diferentes especialidades, enfermeros y juristas.

El programa del máster se desarrolla de manera integrada, de modo que un mismo problema bioético es analizado desde todas las perspectivas relevantes: ética, jurídica, médica, etc. Los módulos recorren las bases filosóficas de la ética, el desarrollo de la bioética, de la deontología, los aspectos éticos más importantes de las distintas especialidades, especialmente las relacionadas con el principio y el final de la vida. En los módulos correspondientes a Bioderecho se procede a realizar un análisis crítico del régimen jurídico de la vida humana tanto en el derecho internacional y comparado como en el ordenamiento español, prestando una especial atención a la jurisprudencia de nuestro Tribunal Constitucional.

El módulo de *Talleres y trabajo asistido* tiene dos formatos: 1.- Talleres sema-

nales, en los que se propone al alumno un texto jurídico o deontológico para su estudio y 2.- Casos clínicos presentados por el alumno, en el que se analizan con la metodología de una sesión clínica las cuestiones éticas del mismo. En el Módulo de Memoria de Investigación cada alumno profundiza en alguna cuestión de las abordadas en el máster, desarrollando un trabajo de investigación que, frecuentemente, guarda relación con el campo profesional en que desarrolla su actividad.

El Máster cuenta con un amplio elenco de profesores provenientes de las principales instituciones académicas y sanitarias, así como miembros de las comisiones deontológicas de la Organización Médica Colegial.

Bibliografía

- Pellegrino, Edmund, «Teaching medical ethics, some persistent questions and some responses», *Academic Medicine*, december, 1989.
- Pastor García, Luis Miguel, «Algunas consideraciones sobre la docencia de la bioética para posgraduados», *Cuadernos de Bioética*, vol. X, nº 37, 1999.

CÓMO SE TRASMITEN HOY LOS VALORES DE LAS PROFESIONES SANITARIAS EN LA FORMACIÓN UNIVERSITARIA LATINOAMERICANA

Efraín Méndez Castillo

*Instituto de Bioética de la Pontificia Universidad Javeriana
Transversal 4 No 42-00 edificio 67 Bogotá, Colombia
efrainmendezc@yahoo.com*

Introducción

Durante las últimas dos décadas la mayoría de Universidades americanas han venido reformando el *curriculum* de las profesiones sanitarias. La inclusión de la cátedra de Bioética Clínica en las facultades de ciencias de la salud ha sido un rasgo común de esta transformación. Los nuevos escenarios tecnológicos y socioeconómicos han enfrentado al profesional de la salud a problemas morales novedosos en el ejercicio de su profesión para los que la ética médica tradicional aparentemente se ha quedado corta. La pregunta central de esta investigación es sobre el tipo de contenidos y estrategias pedagógicas-didácticas que estarían siendo introducidos hoy en la nueva estructura curricular para la formación ética del médico y otras profesiones en Latinoamérica

Material y métodos

Se practico un análisis cualitativo comparativo de la reforma curricular efectuada en diez de las más prestigiosas universidades Colombianas y del continente americano que han recibido acreditación de calidad, utilizando como fuente la el material programático de cada facultad junto con una encuesta escrita dirigida a los directores de carrera correspondientes, indagando por el tipo de formación humanística en las carreras de la salud, desde dos perspectivas: 1- Comparación en cuanto a contenidos entre las denominadas deontologías profesionales, la ética médica tradicional y la Bioética Clínica. (perspectiva filosófica, corrientes preferidas, problemas éticos enfatizados.)

2- La metodología pedagógica utilizada en cuanto a: Métodos de integración con otras aéreas básicas y clínicas;

Transversalidad de la formación moral;
Proporción entre clases magistrales vs.
Recursos audiovisuales, talleres, vivencias de campo.

Resultados

1- La gran mayoría de universidades estudiadas ha integrado una asignatura bajo el neologismo de «*Bioética clínica*» a la malla curricular de la carrera en remplazo de la «*Ética médica tradicional*» o la «*Deontología*». Sin embargo no hay claridad conceptual sobre su alcance, epistemología y sobre la mejor metodología de enseñanza.

2- La educación en Bioética Clínica introducida es principalmente de corte *Principialista* fundado en la corriente Norteamericana de Beauchamp y Childress

3- No hay claros avances en la integración de lo pedagógico con la práctica en las áreas clínicas y administrativas, siendo vista todavía la ética como un saber externo al discurso médico mismo y a la administración de las redes de salud asistencial.

4- La metodología pedagógica sigue siendo preferencialmente de tipo magistral con muy pocos talleres y actividades didácticas fuera del salón de clase.

Discusión y conclusiones

Este trabajo hace parte de una línea de investigación del Instituto de Bioética que busca contribuir a resolver la pregunta: ¿Qué significa la excelencia en el ejercicio de la profesiones sanitarias y como promoverla durante la formación académica? Este trabajo en particular explicita la manera como hoy se entiende y enseña la Bioética Clínica en el continente, todo ello como punto de partida de la reflexión sobre lo que sería adecuado y deseable en este propósito de transmitir valores y formar integralmente al médico y otros profesionales de la salud.

Bibliografía

- Fox, E. «Reforming Medical Education by Nurturing Neglected Goals» Hanson, M. and Callahan, D (Eds.) *The Goal of Medicine*. Georgstown University Press. 1992.
- Lolas, F. «A proposal for Reconceptualizing Medicine as a science of Actions» *Journal of Medicine and Philosophy*. Vol. 21 No. 6 Dic. 1996.

RELEVANCIA JURÍDICA DE LAS TÉCNICAS DE PROCREACIÓN ARTIFICIAL Y LOS DERECHOS DEL SER CONCEBIDO

Lourdes Miguel Sáez

Universidad Católica de Ávila.

Dirección de contacto: Facultad de Ciencias Sociales y Jurídicas.

Universidad Católica de Ávila, C/ Canteros, s/n 05005 Ávila.

e-mail: lourdes.miguel@ucavila.es

Introducción

Las técnicas de reproducción artificial han ido adquiriendo peso y relevancia para ofrecer soluciones a los problemas de la esterilidad masculina o femenina, o ante cualquier otra dificultad para concebir vía natural, cuyo índice se ha disparado en las últimas décadas. Estos métodos se están presentando a la sociedad como un excelente progreso y como resultado de la eficiencia médica, pero se omite la verdad que se esconde detrás de estos tratamientos, poniendo precio a la adquisición de un hijo mediando un contrato oneroso de prestación de servicios.

Los supuestos originados en el ámbito nacional e internacional como consecuencia de la utilización de las técnicas de reproducción artificial suscitan ciertos interrogantes sobre los que urge dar una respuesta que salvaguarde, ante todo, la integridad y los derechos del infante.

La casuística que surge tras el empleo de estas técnicas alerta de la existencia de serios problemas de índole jurídica, planteados a raíz de la colisión entre derechos. En muchas ocasiones se constata la lucha de bienes contradictorios que en ningún momento justifican una manipulación de los principios informadores de la vida humana.

Material y métodos

Se pretende analizar, a partir del supuesto derecho a tener un hijo que reivindicar muchos varones y mujeres, el alcance de su pretensión avalada legalmente en unos casos, denegada en otros y en proceso de estudio aquellos que se presentan como factibles dentro del ámbito de la experimentación clínica.

Para ello, hemos recurrido a supuestos reales que ya han sido sometidos

a estudio en las legislaciones de otros países y a aquellos conflictos en materia de filiación que han sido resueltos por la jurisprudencia de los tribunales.

Resultados

El interés del menor sigue quedando relegado a un segundo plano, y a pesar de que los ordenamientos jurídicos de los diversos países muestren una solicitud especial por salvaguardar los derechos que protegen al menor, paradójicamente sus derechos se encuentran, a menudo, lesionados por la preferencia que se otorga a los intereses individuales de quienes procuran un hijo mediando estas técnicas.

Discusión

Se estudia la repercusión que tienen los métodos de procreación artificial en el ámbito jurídico, donde la pluralidad de modos y formas de nacer, en ocasiones refleja un claro ambiente de inseguridad jurídica ante la ausencia de normativa que regule semejantes supuestos. Se debe tener en cuenta, por tanto, que en la procreación artificial no se cuestiona úni-

camente la licitud de los actos tendentes a generar un ser humano, sino que también es necesario garantizar la regulación de los vínculos familiares que se crean a partir de su existencia.

Conclusiones

Surge la imperiosa necesidad de asumir jurídicamente el alcance de las consecuencias del empleo de las técnicas de procreación artificial, dándoles suficiente respuesta y cobertura jurídica.

Bibliografía

- Navarro Valls, R., *Matrimonio y Derecho*, Madrid, 1994.
- Vega Gutiérrez, A.M., «Los derechos reproductivos en la sociedad postmoderna: ¿una defensa o una amenaza contra el derecho a la vida?», in: Vidal Martínez, J., et al., *Derechos reproductivos y técnicas de reproducción asistida*, Granada, 1998.
- Picontó Novales, T., «Derechos de la infancia: nuevo contexto, nuevos retos», in: *Derechos y Libertades*, nº 21, Época II, 2009.

La objeción de legalidad: la dispensa a menores de edad

Dado que con la aprobación de las nuevas condiciones de dispensa, la píldora poscoital, puede ser suministrada a menores, se analizan los problemas que surgen en relación con la prestación de consentimiento por un menor de edad.

También se aborda la problemática que suscita la necesidad lograr un equilibrio adecuado entre la tendencia promocional de la autonomía del menor propugnada por la **Ley Orgánica 1/1996**, de 15 de enero, de Protección Jurídica **del Menor**, con la **seguridad jurídica que requiere el farmacéutico para desarro-**

llar su labor profesional. Además con la obligación que se impone al farmacéutico de dispensa de este fármaco a menores de edad, se está negando a los padres, como primeros educadores, la posibilidad de velar por la salud de sus hijos entrando en competencia con el derecho y deber de los padres a una intervención educativa o tuitiva, papel que parece ajeno a la labor de un farmacéutico.

Referencias

- (1) El artículo 2.2 a) de la **Ley 44/2003, de 21 de noviembre** de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, manifiesta el carácter de profesional sanitario de los titulados en farmacia.

EL FARMACÉUTICO ANTE LA DISPENSACIÓN DE LA PÍLDORA DEL DÍA DESPUÉS: PROPUESTA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA

Pablo Pascual Villoria

Farmacia Comunitaria Pascual. Toledo. pablopascualfarma@hotmail.com

Introducción

En mayo de 2001 la Agencia Española del Medicamento aprobó la dispensación con receta de una alta dosis gestagénica (levonorgestrel, 1.5mgr) o píldora del día después (pdd). El 28 de septiembre de 2009 se autorizó la dispensación sin receta de la pdd, con lo que el ejercicio de la profesión se vio sorprendido con este nuevo ámbito de trabajo. Con todo, la normativa vigente sigue siendo aplicable: «El uso de medicamentos sin prescripción debe ser realizada en el marco de un uso racional, a cuyos fines es imprescindible el papel del farmacéutico en todo lo relacionado con una automedicación responsable».

Consideramos que el farmacéutico, en la dispensación de la pdd, ha de tener presente distintas realidades: la usuaria; la posible nueva vida en su inicio; los padres de familia en la atención a menores; y a la sociedad, dado que estamos ante un problema de salud pública. Tras la dispensación de la pdd se logra disociar al máximo comunicación-procreación con la

consiguiente profusión de la mentalidad anticonceptivo-abortiva. El Farmacéutico, a través de una correcta Atención Farmacéutica (AF) asume un importante reto en la promoción de la dignidad humana a veces socavada por la profusión de determinados grupos farmacológicos.

Material y métodos

La dispensación de la pdd desencadena una actuación profesional de cierta complejidad, que requiere la formación más actual sobre fisiología de la fertilidad y el respeto exquisito de la vida humana naciente, que tiene como principio el consentimiento informado y la promoción de estilos de vida saludables que se sustenten en el «primum non nocere» y el autocuidado de la salud.

Nuestra propuesta ante la petición de la pdd se resuelve en un contexto de la farmacia comunitaria, en una intervención de consulta farmacéutica, garantizada la privacidad, y con una experiencia acumulada de más de 30 entrevistas

desde el comienzo de la citada ley. Comenzamos investigando el momento del ciclo ovárico en que ha tenido lugar la relación sexual, orientando luego la praxis en base a la metodología proporcionada por la Atención Farmacéutica (AF) en la que se evalúan los potenciales Problemas Relacionados con el uso del Medicamento (PRM) en términos de Necesidad, Eficacia y Seguridad.

Resultados

De nuestra intervención profesional, una vez identificado el momento fértil de la usuaria se desprenden básicamente tres situaciones:

a. Aproximadamente en tres de cada cuatro consultas se concluye que el momento en que se produce la relación sexual es infértil. Actuación: no dispensamos el fármaco (no lo necesita). PRM1.

b. La relación sexual ha tenido lugar en fase periovulatoria (mas/menos 24 horas). Actuación: no dispensamos el fármaco (no es seguro para una posible nueva vida humana en su inicio). PRM5.

c. La relación sexual ha tenido lugar en fase fértil no periovulatoria (3-5 días antes de la ovulación). El efecto previsible del fármaco, si se administrase, es anticonceptivo. El profesional puede dispensar o no el fármaco. Actuación: no dispensamos el fármaco dado que la anticoncepción hormonal precisa receta médica, por lo que remitimos el caso al médico. No conocemos el estado de salud de la usuaria: problema de seguridad: PRM5.

Actuación educativa: La problemática de salud que surge en la vida sexual

no se debe medicalizar si se puede resolver de forma educativa (reconocimiento y regulación de la fertilidad); no se deben anular funciones que son fisiológicas (fertilidad) o violentar sus consecuencias naturales (embarazo); se debe proporcionar una formación que permita el autoconocimiento de la propia fertilidad, planteamiento ecológico para la autonomía sexual y procreativa. Particularmente con la población joven, al final de nuestra intervención planteamos la proporcionalidad de la conducta sexual en el enamoramiento, dada la gran implicación afectiva de la chica que además puede quedar embarazada, el significado del lenguaje del cuerpo/donación o la necesidad de aprender a expresar las distintas realidades del amor de modo diverso (el amor de enamoramiento tiene expresiones diversas a las del amor sponsal); todo lo cual conduce a un replanteamiento de la relación: de sexual a sexuada.

Discusión

Utilizando la metodología de AF logramos profesionalizar la consulta farmacéutica, dotándola de un acusado componente educativo. Dadas las incidencias antes expresadas, no dispensamos la pdd. Los usuarios percibieron profesional nuestra praxis, respetuosa con el usuario y también con la vida humana naciente. Hasta la fecha no se nos ha solicitado la hoja de reclamaciones o hemos sufrido denuncia alguna.

Conclusiones

Ante la dispensación de la pdd, el farmacéutico ha de estar especialmente cualificado para ejercer una buena praxis; sólo así puede actuar con independencia y profesionalidad; rodearse del ambiente de confidencialidad, de la formación y documentación en los Modernos Métodos Naturales de Regulación de la Fertilidad, de habilidades de comunicación y poseer una antropología razonable son herramientas básicas.

Bibliografía

- Atención Farmacéutica. Documento de Consenso. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2005.
- Billings, J. The ovulation method. Advocate Press. Melbourne. Australia. 1983.
- Ley 29/2006 de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos. BOE 27/7/2006.

TRATAMIENTO CON SCU COMO ALTERNATIVA A LA PRODUCCIÓN DE NIÑOS DE DISEÑO

Lozano Martínez, J.; Aznar Lucea, J.; Gómez Pérez, I.

EVES (Escuela Valenciana de Estudios en Salud); UCV «San Vicente Mártir. mjose.torres@ucv.es. UCV «San Vicente Mártir» C/ Guillem de Castro n° 94, 46006 Valencia

Objetivo

Analizar la opinión de expertos (hematólogos y profesionales que trabajan con células madre de sangre de cordón Umbilical, en adelante: SCU), mediante un cuestionario que pretende averiguar si existe alguna circunstancia **ineludible** en la que sea necesaria la producción de un niño de diseño.

Material y Método

Estudio descriptivo transversal.

Instrumento de medida: cuestionario de elaboración propia que consta de diez preguntas, 7 de respuesta SÍ/NO y 3 abiertas. El cuestionario fue enviado y recibido a los profesionales vía correo electrónico. El sistema de muestreo es aleatorio simple. Plan de análisis: se ha realizado en un programa estadístico SPSS. Se analizaron los ítems cerrados y los abiertos en porcentajes.

Resultados

81% cree que no hay suficiente n° de muestras de SCU para atender las demandas; el 62% opina que con 60.000 unidades de SCU almacenadas en bancos públicos, serían suficientes para cubrir las necesidades de 45 millones de habitantes; el 87,5% de los profesionales cree que aumentando el n° de antígenos compatibles a 6-8 identificados en las muestras de SCU, se disminuiría el porcentaje de rechazos; el 87,5% consideran que el rendimiento del implante que se estima en un 80%, mejoraría aumentando la celularidad y específicamente las células CD34+ y aumentado el n° de antígenos identificados; El 56,3% son partidarios a optar por la producción de un bebé de diseño, sólo en el caso de que no pudiera realizarse transplante de células de SCU, y el 31,3% considera que en ningún caso; la pregunta clave alrededor de la gira nuestro trabajo es: «¿Cree que existe, en el

momento actual, alguna razón clínica que ineludiblemente justifique la generación de un bebé de diseño? El 56,3% responde SÍ y el 37,5% responde NO. Las circunstancias en las que aconsejarían esta opción son: n° de cordones almacenados insuficiente; no disponibilidad de unidades de SCU compatibles; recomendado por el médico especialista, tiraje HLA extremadamente raro y no encuentre muestras compatible; cuando no sea posible curar a un hermano mediante otra tecnología; no encontrar de ningún otro modo una solución, enfermedades genéticas ligadas al sexo.

Discusión

La pregunta fundamental es saber si ante la hipotética existencia de un n° de muestras adecuado de SCU debidamente almacenadas e identificadas, sería necesaria la producción de bebés de diseño. El problema es saber qué n° de muestras habría que conseguir en las condiciones mencionadas para dar respuesta a la demanda existente y no tener que recurrir a la opción de bebés de diseño. Se considera

que 60.000 sería un número adecuado de muestras de SCU almacenadas en bancos públicos, para una población de 45 millones de habitantes, con celularidad CD34 adecuada y la identificación de antígenos de 6 a 8. En una situación así solamente en casos excepcionales habría que recurrir a la producción de bebés de diseño.

Conclusiones

1. Amplia aceptación del uso de SCU almacenada en bancos públicos.
2. suficiente n° de muestras que garantice la posibilidad de tratar a cualquier paciente que lo necesite.
3. Este objetivo se conseguiría con: a) suficiente n° de muestras almacenadas; b) Que estas muestras tengan celularidad adecuada y hasta 6-8 antígenos identificados. c) disminuir el n° de muestras desechables para rentabilizar económicamente el proceso d) realizar campañas de información y concienciación para donar en bancos públicos. e) extender la información a grupos étnicos minoritarios para que también puedan beneficiarse.

NEONATOLOGÍA ACTUAL DE LAS ENFERMEDADES Y TARAS GRAVES DEL FETO

Carmen María Samaniego Fernández

Unidad de Neonatología, Hospital Río Hortega, Valladolid

Dirección: C/ Dulzaina, nº 12. CP: 47012, Valladolid

Correo electrónico: msami99hotmail.com

Introducción

Ante el diagnóstico prenatal de una enfermedad clasificada como extremadamente grave e incurable —Ley 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo— los profesionales sanitarios deben conocer los aspectos médicos, los avances terapéuticos y el pronóstico de dichas enfermedades, con el fin de transmitir dicha información a los progenitores, y facilitar en lo posible la difícil decisión que han de tomar.

Material y métodos

Revisión bibliográfica de los resultados publicados a cerca de la supervivencia y las secuelas a largo plazo de las denominadas enfermedades extremadamente graves e incurables.

Resultados

Malformaciones cardíacas: Hipoplasia de cavidades izquierdas: supervivencia tras diagnóstico prenatal 14- 52%, supervivencia tras intervención quirúrgica 90%; Anomalía de Ebstein: supervivencia tras intervención quirúrgica 78%, peor pronóstico si asocia atresia pulmonar; Isomerismo derecho: supervivencia tras intervención quirúrgica 30%-74%, peor pronóstico si asocia drenaje venoso pulmonar anómalo total o insuficiencia valvular auriculoventricular; Bloqueo atrioventricular completo asociado a cardiopatía estructural: supervivencia inferior al 20%; Malformaciones de Sistema Nervioso Central (SNC): Encefalocele: supervivencia tras cirugía 70%, peor pronóstico neurológico si asociado a otras anomalías del SNC; Hidrocefalia grave y progresiva: mortalidad fetal y

neonatal 39%, peor pronóstico si asociado a otras patologías; Ausencia o hipoplasia grave de vermis cerebeloso: tratamiento quirúrgico controvertido, pronóstico dependiente de la patología o síndrome asociado; Trastornos de la migración: mal pronóstico neurológico con retraso mental severo y epilepsia; Agenesia del cuerpo calloso: mal pronóstico neurológico con retraso mental severo, parálisis cerebral y epilepsia. Otras patologías: Hernia diafragmática grave: supervivencia tras diagnóstico prenatal 33%, supervivencia tras intervención quirúrgica 92%; Tumores fetales: posibilidad de intervención quirúrgica intraútero o extraútero-intraparto en casos y centros seleccionados; Hidrops grave sin causa aparente: tratamiento sintomático, supervivencia 30-50%; Esclerosis tuberosa: enfermedad multisistémica, mal pronóstico neurológico por retraso mental y epilepsia.

Discusión

Se destaca la presencia de la denominada «mortalidad oculta», que sobrees-

tima la supervivencia de la enfermedad en los estudios de supervivencia tras intervención quirúrgica.

Conclusiones

Ante el diagnóstico prenatal de una enfermedad clasificada como extremadamente grave e incurable, el profesional sanitario que atiende a la madre debe conocer las opciones terapéuticas y el pronóstico de la enfermedad. En el momento actual se dispone de escasa información relacionada con la supervivencia libre de secuelas y la calidad de vida de muchas de estas enfermedades. En el caso de las enfermedades cuyo tratamiento es principalmente quirúrgico, es necesario tener en cuenta la discrepancia entre los resultados de los estudios de supervivencia tras el diagnóstico prenatal, y los estudios de supervivencia tras la cirugía (mortalidad oculta).

APROXIMACIÓN A LA PROBLEMÁTICA GENERADA POR LA MATERNIDAD SUBROGADA

José López Guzmán, Ángela Aparisi Miralles

Universidad de Navarra

Departamento de Humanidades Biomédicas. Facultad de Medicina

Edificio Los Castaños. Pamplona, 31080 (Navarra)

jlguzman@unav.es

La gestación de un hijo ya no es, necesariamente, el resultado de una relación íntima e interpersonal entre un hombre y una mujer. Por el contrario, han cambiado profundamente los parámetros fundamentales de esta realidad. En distintos sectores de la sociedad, el hijo tiende a considerarse como un elemento más por el que se opta, o no, en el contexto de estilos de vida propios de una sociedad de consumo. En este marco, la gestación puede ser sustituida por un proceso de producción del hijo y, en consecuencia, subordinado a las reglas de la técnica y del mercado. Para permitir esta profunda transformación, la sociedad ha sido muy permeable a cambios antropológicos, habitualmente precedidos por cambios semánticos. La realidad es reinterpretada y designada con nuevos términos para hacer más fácil su aceptación. Las modificaciones o modalidades que se presentan actualmente en el ámbito de

la gestación humana son muy variadas. En mayor o menor medida responden a deseos e intereses individuales que han conseguido adquirir un barniz de legitimidad jurídica. Su característica principal es la primacía del interés cambiante del adulto sobre los derechos más fundamentales de los hijos. En este marco se inserta de manera especial la práctica de la maternidad por subrogación. Ésta genera un amplio abanico de cuestiones ético-legales: relación de la madre de alquiler con los donantes de los gametos o con los receptores del hijo (ya que pueden ser los mismos o diferentes sujetos); sus posibles derechos sobre el niño; su futura relación con el gestado; etc. Cada una de estas cuestiones, y más si son motivo de conflicto o litigio, pueden también influir en la identidad del niño. Los problemas pueden ser aún más profundos y dolorosos si el hijo es el resultado de una donación de gametos o maternidad subrogada

entre familiares. Cabe preguntarse si esta es una forma de contemplar el nacimiento y desarrollo de un ser humano conforme a su dignidad. En esta línea, el objetivo de la comunicación es reflexionar sobre las consecuencias de la maternidad subro-

gada en los hijos, donantes y sociedad en general. Asimismo, se analizarán algunas de las razones ideológicas por las que estas prácticas han adquirido, en poco tiempo, cabida legal en algunos países occidentales.

ESTUDIO DEL MECANISMO DE ACCIÓN DEL ANTICONCEPTIVO DE EMERGENCIA ELLA ONE® Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN TÉCNICA SUMINISTRADA POR LA AGENCIA EUROPEA DE MEDICAMENTOS (E.M.E.A.)

Julio Tudela Cuenca

*Observatorio de Bioética (Universidad Católica de Valencia)
(julio.tudela@ucv.es) Tlf.: 639684633*

Justo Aznar Lucea

*Instituto de Ciencias de la Vida (Universidad Católica de Valencia)
(justo.aznar@ucv.es)*

Introducción

El anticonceptivo de emergencia Ulipristal acetato (Ella One®), fue autorizado por la Agencia Europea de Medicamentos (E.M.E.A.) en el año 2009 para ser utilizado hasta 5 días después de mantener una relación sexual. En la ficha técnica que dicho organismo publicó en su día se hablaba del mecanismo de acción de dicho fármaco, refiriendo que era, principalmente, su capacidad de inhibir o retrasar la ovulación, aunque citaba expresamente que «las alteraciones sobre el endometrio pueden también contribuir a la eficacia del producto».

Material y Métodos

Se ha realizado una revisión bibliográfica en internet de la literatura científica sobre trabajos publicados relacionados con los aspectos clínicos y farmacológicos del anticonceptivo de emergencia «Ulipristal acetato».

Resultados

El E.M.E.A.^{(1) (2)} ha modificado recientemente la descripción actual del producto en su ficha técnica, observándose que ha desaparecido toda mención a su actividad sobre el endometrio como uno de los mecanismos posibles de acción,

responsable también de su actividad contraceptiva. En nuestro trabajo sobre el mecanismo de acción del fármaco se evidencia que no sólo existe este efecto sobre el endometrio que podría impedir la implantación del embrión, sino que es éste, y no el efecto anovulatorio, su principal mecanismo de acción.

Discusión y conclusiones

El hecho ante el que nos encontramos, es de una enorme gravedad. No se trata de simples modificaciones en la información técnica de un producto fruto de

la incorporación de nuevos datos científicos, sino de la supresión de contenido científico contrastado que introduce serias objeciones éticas al uso de este medicamento, dado que toda actividad sobre el endometrio que impida la anidación del embrión supone la eliminación de una vida humana en su fase inicial de desarrollo.

Referencias

- (1) Doc. Ref.: EMEA/261787/2009.
- (2) <http://www.emea.europa.eu/>.

CAMBIO EN EL REGISTRO DEL ACETATO DE ULIPRISTAL REALIZADO POR LA EMA: MECANISMOS DE ACCIÓN

Paula Díaz Herráez, Marta Celorrio Navarro

Universidad de Navarra, Campus Universitario. 31009 Pamplona. Navarra (España), Asociación Española de Farmacia Social (pdherraez@gmail.com)

Introducción

ellaOne®, comprimido compuesto por 30 mg de acetato de ulipristal, indicado como tratamiento contraceptivo de emergencia en las 120 horas (5 días) tras una relación sexual sin protección o fallo de otros métodos anticonceptivos.

Recientemente la Agencia Europea del Medicamento (EMA) ha permitido una modificación en la documentación referente a ellaOne® con respecto a su mecanismo de acción. Previo a dicho cambio, se indicaba que aunque mayoritariamente tenía efecto anovulatorio, también poseía la acción de retrasar la maduración del endometrio. Este retraso es capaz de impedir la implantación del embrión, lo que viene a indicar un efecto perjudicial sobre la primera fase del desarrollo humano.

El cambio realizado ha obviado el efecto antiimplantatorio. Actualmente se indica únicamente que su principal mecanismo de acción es la inhibición

o retraso de la ovulación. Para realizar dicho cambio la EMA se ha basado en el artículo *Ulipristal acetate versus levonorgestrel for emergency contraception: a randomised non-inferiority trial and meta-analysis* elaborado por Anna F Glasier⁽¹⁾. Dicho estudio no analiza los efectos de ellaOne® sobre el endometrio, sino que realiza una comparación en el número de embarazos producidos tras la administración de levonorgestrel o ellaOne®. Pero presupone, basándose en otros estudios, que ellaOne® no posee efecto sobre el endometrio.

Los estudios en los que se basan son: *Endometrial effects of a single early luteal dose of the selective progesterone receptor modulator CDB-2914* elaborado por M.D. Pamela Stratton⁽²⁾ y *The effects of the selective progesterone receptor modulator asoprisnil on the morphology of uterine tissues after 3 months treatment in patients with symptomatic uterine leiomyomata* elaborado por A.R.W. Williams⁽³⁾.

Material y Métodos

Análisis de los artículos en los que se basa el artículo de Anna F Glasier para ver si es justificable el cambio en los mecanismos de acción de ellaOne®.

Resultados y Discusión

El estudio elaborado por M.D. Pamela Stratton y col., analiza si la administración a diferentes dosis de CDB-2914 (acetato de ulipristal) en la etapa temprana de la fase luteínica alterará la maduración del endometrio. Para analizar si se producían dichos cambios endometriales realizaron dos pruebas para medir el grosor del endometrio. Las dosis administradas del fármaco fueron de 10, 50 y 100 mg, y se compararon los resultados con pacientes de un grupo placebo. Las biopsias realizadas mostraron que en los grupos que tomaron acetato de ulipristal presentaban un retraso en la maduración del endometrio de más de 2 días, aunque no existían diferencias estadísticamente significativas entre las diferentes dosis. Analizando los distintos grupos por separado vieron que se producía una reducción significativa del grosor del endometrio en las mujeres que recibían CDB-2914 con respecto al grupo placebo. Evidencian que posee efectos similares sobre el endometrio a 200mg de mifepristone (RU 486), salvo que difieren en su especificidad sobre tejidos.

Basándose en otros artículos, indican que CDB-2914 posee tres mecanismos de acción: 1) inhibe los marcadores P-

dependientes de la diferenciación de la fase luteínica; 2) previene en la fase temprana luteínica la esperada bajada glandular de secreción de PR; 3) produce caída de expresión del nódulo periférico de direccionamiento, que es importante en la unión de L-selectin en la superficie de las células endometriales, que a su vez son importantes reguladores durante el periodo de implantación al hacer que el útero sea más receptivo al trofoblasto.

Por otro lado, el artículo realizado por A. R. W. Williams y col. se trata de un estudio realizado con otro fármaco distinto al acetato de ulipristal. Analiza el efecto de asoprisnil sobre el endometrio a largo plazo con dosis de 10 o 25mg administrado diariamente durante 12 semanas. Asoprisnil es un fármaco de la familia de los moduladores selectivos del receptor de progesterona (SPRM), al igual que el acetato de ulipristal; pero aunque sean de la misma familia su posología es diferente. Además concluye que los SPRMs muestran que su diana más sensible es el endometrio.

Conclusión

Lo indicado en los estudios en los que se fundamenta el estudio de Anna F Glasier y col. sobre el que se apoya la Agencia Europea del Medicamento para fundamentar que ellaOne® no posee efectos sobre el endometrio no justifican el cambio de los mecanismos de acción de acetato de ulipristal, sino todo lo contrario.

Referencias

- (1) Glasier, A.F., et al., *Ulipristal acetate versus levonorgestrel for emergency contraception: a randomised non-inferiority trial and meta-analysis*. Lancet, 2010. **375**(9714): p. 555-62.
- (2) Stratton, P., et al., *Endometrial effects of a single early luteal dose of the selective progesterone receptor modulator CDB-2914*. Fertil Steril, 2010. **93**(6): p. 2035-41.
- (3) Williams, A.R., et al., *The effects of the selective progesterone receptor modulator asoprisnil on the morphology of uterine tissues after 3 months treatment in patients with symptomatic uterine leiomyomata*. Hum Reprod, 2007. **22**(6): p. 1696-704.

COSTES PÚBLICOS DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO. ESTUDIO EN EL ÁREA III DE SALUD DE MURCIA

Andrés Salvador Soto Martínez*, Roberto Germán Zurriaráin**, Solanger Hernández Méndez*.

*Área III de Salud Lorca. Servicio Murciano de Salud. **Universidad de la Rioja

Introducción

El abordaje asistencial y el procedimiento de la **interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)** es responsabilidad de la Sanidad Pública en España, sin perjuicio de que el mismo acto de la IVE sea concertado con entidades privadas. Por tanto, los costes que se originan gravan los gastos públicos que han de gestionarse, dada su naturaleza limitada, siguiendo criterios de utilidad, eficiencia, sostenibilidad y calidad asistencial.

Material y métodos

Lejos de pretender una lección moral, un marco de discusión jurídica, ética o un enfrentamiento de ideas, ora políticas, otrora mas o menos trascendentes que, a la postre, no discurren más que en el plano de los principios y valores, léase, relativo, discutible y personalísimo, el objetivo de este trabajo no es otro que abordar, desde la perspectiva de la ges-

tión sanitaria pública, la interrupción voluntaria del embarazo, es decir, enfocar el análisis de la IVE, tan llamado a ser objeto de debate frentista, desde la estrategia de la gestión pública, analizando antes de sus eternamente discutibles costes morales, los inapelables costes económicos y sociales. Es, en fin, un intento de tratar el tema desde un lenguaje común, el de la gestión sanitaria, para evitar caer en la espiral interminable de la diáspora ideológica y sus consecuencias.

Discusión

A partir de los datos obtenidos, se hace preciso valorar e interrogarse sobre varios aspectos: ¿Existe un procedimiento jurídicamente seguro? ¿El procedimiento es asistencialmente correcto? ¿Los costes son adecuados a nuestros fines como servicio público de prestación de asistencia sanitaria? ¿Los costes sufren evolución positiva? ¿Existen mecanismos que garanticen la correcta utilización de los

servicios siguiendo criterios de gestión, racionalidad o eficiencia? ¿La actitud de la administración sanitaria defiende el interés público? ¿Es sostenible esta política respecto de la vida económica, política y culturalmente?

Conclusiones

El número de IVEs en el Área III de salud de Murcia crece progresivamente. El número de nacimientos disminuye progresivamente. El coste es alto en relación a su carácter en virtud de que no es un acto clínico necesario, ni motivado por la mejora de la salud individual o colectiva. El coste crece progresivamente. La actitud de la administración sanitaria es meramente burocrática, de cumplimiento

de la norma y desentendida de la calidad asistencial o el interés público. La actitud de los profesionales sanitarios implicados en la IVE no ofrece dato alguno que haga pensar en una intervención mas allá del mero trámite administrativo. No se observa cumplimiento ni voluntad, desde los profesionales de la sanidad pública, en mantener la ética profesional y la deontológica que obliga a una defensa de la vida como algo axiomático y superior a las regulaciones temporales. Los costes a largo plazo, sanitarios, demográficos y sociales, tal vez, habida cuenta de su incremento constante y la modificación evidente de la pirámide poblacional y sus consecuencias, sean insostenibles en cuyo caso, desde la perspectiva del gestor se pueden calificar como improcedentes.

EL EMBARAZO ECTÓPICO, RELACIÓN CON ESTILOS DE VIDA SEXUALMENTE ACTIVA MODIFICABLES A TRAVÉS DE PRINCIPIOS BIOÉTICOS

M^a Dolores Espejo Arias, Carmen Fernández Arenas,
Zeida Rosa Rodríguez Martínez, Gudelia Alemán Estévez

*Instituto para Consulta y Especialización Bioética ICEB
Hospital Docente Ginecobstétrico «Dr. Julio R. Alfonso Medina». Matanzas.
Hospital Universitario Clínico Quirúrgico «Faustino Pérez» Matanzas
Clínica Estomatológica «Tercer Congreso» Matanzas*

El Embarazo ectópico se incrementa en el mundo, elevando la morbimortalidad de la mujer y afectando así a la familia y la sociedad.

Objetivo

Reconocer las principales causas modificables que contribuyen a elevar el Embarazo Ectópico para favorecer su reducción, mediante la educación de la familia.

Metodología

Se realizó una revisión manual de índices referidos impresos y automatizados en bases de datos a través del buscador Google; revisando, reorganizando y sintetizando los temas Embarazo Ectópico y el

inicio de la vida (Bioética), se estudiaron variables como edad al momento del diagnóstico del EE, si estaba complicado o no, incidencia de abortos en adolescente en el Hospital Ginecobstétrico «Dr. Julio R. Alfonso Medina» durante los años 2004-2007.

Resultados

Las edades de mayor incidencia de EE fueron entre de 25 y 34 años (45.8%), con diagnóstico tardía en más del 80%, con un total de abortos en adolescentes del 25.6%

Conclusiones

El daño estructural de las trompas se relaciona con el modo de vida sexual: comienzo temprano de la actividad sexual,

con cambio frecuente de parejas y/ promiscuidad, interrupción de embarazos no deseados y las Infecciones de Trasmisión Sexual. Se propone una educación conti-

nuada para padres y adolescentes sobre la sexualidad y responsabilidad aplicando los principios de bioética.

EUGENESIA PRENATAL EN ESPAÑA: UNA REALIDAD EMPÍRICAMENTE CONSTATABLE

Salvador Mérida Donoso

Universidad CEU San Pablo, Cardenal Herrera.

Edificio Seminario, s/n. 46113 Moncada-Valencia. salvador.merida@uch.ceu.es

Introducción

Tras más de dos décadas de despenalización, la realidad del aborto en España hoy día, es que uno de cada seis embarazos termina «siendo interrumpido». Sin embargo, no todos los no nacidos disponen de las mismas expectativas de vida, aquéllos que manifiestan —previo diagnóstico— cualquier indicio de alteración o defecto congénito corren serio riesgo de ser abortados⁽¹⁾.

Materiales y métodos

Se ha procedido a realizar una amplia revisión bibliográfica (publicaciones científicas, institutos científicos, organismos oficiales) con el objetivo de establecer los datos publicados referentes al aborto eugenésico en España durante los últimos veinte años, tomando un interés especial por el caso de los afectados con Síndrome de Down. Se han analizado y contrastado los datos de las diferentes fuentes.

Discusión de resultados

En todos los textos trabajados se subraya la disminución de la incidencia en el nacimiento de niños con defectos congénitos, omitiendo habitualmente los valores reales de abortos realizados, por diversos motivos. Se omiten los abortos como consecuencia de la mala praxis de la aplicación de la técnica de amniocentesis (en torno a 1250 al año en circunstancias de plena «vigilancia epidemiológica»), se omite el incremento lógico de la incidencia previa al nacimiento y consecuentemente, de abortos, debido al hecho de que en los últimos diez años el número de madres mayores de 35 años se ha doblado (21,4% de los nacimientos en 2009). Finalmente, en este entorno de omisiones queda de manifiesto que los datos publicados referentes a la disminución de la incidencia de defectos congénitos y abortos realizados por malformación (3317 en 2009) no concuerdan, resultando estos últimos insuficientes. De hecho, especialistas en el campo atribuyen di-

cha disminución mayoritariamente a la práctica del aborto eugenésico, a la par que afirman la dificultad para recabar la información con rigor⁽²⁾. Los afectados con síndrome de Down son un buen ejemplo: en los últimos años la incidencia ha disminuido un 63%, si bien, si consideramos el notable aumento de madres con más de 35 años, estaríamos hablando de un cribado real de los Down en torno al 80%, como queda de manifiesto en algunas publicaciones⁽³⁾.

Conclusiones

En los textos consultados se presenta como un logro la praxis de la eugenesia prenatal subrayando la disminución de

la incidencia de defectos congénitos en el nacimiento, a la par que se omiten frecuentemente los valores reales de abortos realizados. Éstos alcanzan cotas año a año más sangrantes, que en el caso de los Down supondría un cribado de los mismos en torno al 80%.

Referencias

- (1) Bermejo E. *Semergen*, 2010, 36(8), 449-455
- (2) Bermejo E, Cueva L, Martínez-Frías ML. «Informe de vigilancia epidemiológica de anomalías congénitas en España: datos registrados por el ECEMC en el periodo 1980-2009» *Boletín del ECEMC*, 2010.
- (3) Prats R, Armelles M, Salleras L, Fortuny A. *Down's Syndrome Screening News* 2002; 9: 32-33.

LA GESTACIÓN POR SUSTITUCIÓN EN EL DERECHO ESPAÑOL

Marta Albert Márquez

*Cátedra de Bioética y Bioderecho de la Universidad Rey Juan Carlos. Madrid.
Dirección de contacto: Edificio Departamental I Despacho J 18
Facultad de Ciencias jurídicas y sociales, Campus de Vicálvaro,
Paseo de los Artilleros, s/n 28032, Madrid.
e-mail: marta.albert@urjc.es*

Introducción

La gestación por sustitución implica la celebración de un contrato en virtud del cual una mujer gesta en su vientre a un hijo para otra persona o pareja, comprometiéndose a entregar a la criatura tras el alumbramiento y renunciado con ello a sus derechos como madre. En la mayoría de los casos (exceptuando la gestación por sustitución «tradicional») se requiere la previa fecundación in vitro con transferencia embrionaria al útero de la gestante.

A pesar de que el contrato de gestación por sustitución es considerado nulo por nuestro ordenamiento jurídico, hay datos que parecen apuntar a su progresiva regularización, comenzando por el reconocimiento de efectos jurídicos a los contratos realizados en aquellos países donde la maternidad subrogada es lícita.

Material y métodos

Se ha realizado un análisis del régimen jurídico del contrato de gestación por sustitución en celebrado en territorio nacional, describiendo sintéticamente sus puntos más destacados.

En segundo lugar se ha realizado un análisis comparativo de este régimen jurídico con el que rige, en nuestro propio ordenamiento jurídico, para los nacidos mediante gestación por sustitución en el país donde este tipo de contratos es lícito. Se ha valorado, en este sentido, la actividad del Registro desde la entrada en vigor de la Instrucción de 5 de octubre de 2010.

Resultados

La gestación por sustitución es una actividad ilícita en nuestro ordenamiento jurídico. Sin embargo, se ha regularizado la filiación de los nacidos tras gestación

por sustitución en aquellos países donde esta práctica es legal.

Discusión

Dos son las cuestiones que se plantean: primero, si es conforme a Derecho la Instrucción de la Dirección General de Registros y del Notariado (BOE de 7 de octubre de 2010) que se ocupa del régimen registral de la filiación de los nacidos mediante gestación por sustitución; en segundo lugar, si se trata de un primer paso hacia la legalización de los contratos de gestación por sustitución en el territorio nacional, lo que implica necesariamente evaluar el carácter constitucional o no de esta hipotética medida.

Conclusiones

Cabe albergar serias dudas respecto a que la regulación contenida en la Instrucción de la DGRN de 5 de octubre de 2010 salvaguarde adecuadamente los bienes jurídicos protegidos, fundamentalmente, el interés del menor y los intereses de la gestante por sustitución, que renuncia a

los derechos que le confiere la maternidad.

Por otra parte, es posible interpretar esta medida como el primer paso hacia una progresiva normalización de la conducta en cuestión, esto es, la realización de contratos de gestación por sustitución, normalización que supondría, en el medio plazo, la extensión del régimen jurídico vigente para los contratos realizados fuera del territorio nacional a los realizados dentro del mismo, con la consiguiente legalización de la maternidad por sustitución, cuya constitucionalidad sería necesario poner en cuestión.

Bibliografía

Ley 14/2006 de 26 de mayo, sobre Técnicas de Reproducción Humana Asistida; Instrucción de la DGRN de 5 de octubre de 2010, sobre régimen registral de la filiación de los nacidos mediante gestación por sustitución; Vela Sánchez, A.J., Propuesta de regulación del convenio de gestación por sustitución o de maternidad subrogada en España, *La Ley*, 7621, 2011.

EL SUPUESTO DERECHO A SER MADRE (Y PADRE) A TRAVÉS DE LA REPRODUCCIÓN ARTIFICIAL

Eduardo Corral García

Universidad de Cádiz

Telf. 956037032 - eduardo.corral@uca.es

En la comunicación que se presentará en el Congreso pretende abordarse la problemática ética y jurídica que se ha planteado recientemente en España acerca de dos cuestiones relativas a las técnicas de reproducción humana artificial, y que suponen una muestra más de la confusión legislativa existente sobre esta materia, confusión que se quiere aprovechar para seguir dando pasos hacia un supuesto derecho a ser madre o derecho al hijo, como cara positiva del derecho a decidir libremente la maternidad, supuesto nuevo derecho fundamental consagrado en la Ley Orgánica 2/2010 de salud sexual y reproductiva, y cuya cara negativa está representada por el aborto como prestación sanitaria del sistema nacional de salud, así como por la reciente incorporación al catálogo de dichas prestaciones de tratamientos anticonceptivos.

En concreto, nos referimos en primer lugar a la supuesta discriminación que algunas mujeres —que forman parte de parejas de lesbianas, casadas o no— ale-

gan sufrir al negarse su acceso a las técnicas de reproducción asistida financiadas públicamente por no poder presentar un certificado de infertilidad, lo que les dejaría en condiciones de desigualdad frente a la pareja heterosexual que sí se encuentra en esa situación.

En segundo lugar, y lo que es mucho más grave, afrontaremos la solicitud que desde parte de la doctrina civilista se ha formulado acerca de la regulación de la maternidad de alquiler o gestación por sustitución, planteada partir de la Instrucción de la Dirección General de los Registros y del Notariado de 5 de octubre de 2010, sobre régimen registral de la filiación de los nacidos mediante gestación por sustitución, de manera que, sin haberse modificado nuestra legislación interna, se permite, en aras del «interés superior del menor», la inscripción en el Registro Civil de los hijos nacidos mediante maternidad subrogada. Teniendo en cuenta que dicha inscripción puede ser solicitada, sobre todo, por parte de

parejas de homosexuales, sin que ninguno de ellos, lógicamente, pueda ser usuario de las técnicas, e incluso por un varón sin pareja- en los países cuya normativa la permita —sin atender al carácter oneroso o gratuito del convenio— y siempre que al menos uno de los progenitores sea español. ¿*Quid iuris*? ¿Afecta ello al régimen actual de la prohibición de la gestación por sustitución en España del art. 10 de la Ley sobre técnicas de reproducción humana asistida? ¿Habría discriminación —a la luz del principio de igualdad de todos ante la ley (ex art. 14 CE)— en cuanto que unos españoles puedan ser padres de esta forma y otros no? O más bien ¿debería seguir manteniéndose la

norma como está, de tal forma que los jueces se deberían negar a registrar los niños nacidos por gestación sustitutoria fuera de España?

Referencias bibliográficas

- A. J. Vela Sánchez, «La gestación por sustitución o maternidad subrogada: el derecho a recurrir a las madres de alquiler», *Diario La Ley*, nº 7608, 11 de abril de 2011.
- F. J. Lledó Yagüe, *Comentarios científico-jurídicos a la Ley sobre técnicas de reproducción asistida (Ley 14/2006, de 26 de mayo)*, Madrid, 2007.

ASPECTOS ÉTICOS, CIENTÍFICOS Y JURÍDICOS DE LA MATERNIDAD SUBROGADA EN MÉXICO

Miguel Ángel León Ortiz

*Universidad del Istmo, Campus Ixtepec, Carretera Chihuitán Ixtepec, S/N, Ciudad Ixtepec, Oaxaca (México); Código Postal 70110
Correo electrónico: maloaaa@yahoo.com.mx*

Introducción

La maternidad subrogada es uno de los temas más sobresalientes de los últimos años en el ámbito de la reflexión bioética y su relación estrecha con el derecho.

Poco se sabe en el terreno jurídico sobre la naturaleza médica de este tipo de modalidad reproductiva, la cual se presenta en la aplicación de los procedimientos de reproducción asistida en México y en el mundo.

Por ello, uno de los objetivos centrales de este trabajo consistirá en mostrar algunos de los aspectos éticos, científicos y jurídicos más interesantes relativos al empleo de la maternidad subrogada en nuestro país, en todo lo concerniente a la naturaleza del acto, sus fines, sus efectos y los riesgos previsibles para las mujeres receptoras.

Material y métodos

Los materiales empleados, son esencialmente textos jurídicos especializados

en el área de la bioética; además, también fueron necesarios otros documentos electrónicos cuya información resultó fundamental para saber la situación actual de este tipo de prácticas en el Estado de Tabasco.

Los métodos desarrollados en este trabajo son: el Método exegético-jurídico, ya que se realiza el estudio interpretativo gramatical de la norma jurídica; el método sistemático-jurídico, a fin de determinar primero la naturaleza de la figura jurídica y, pasar luego a la identificación de sus funciones específicas dentro del sistema jurídico mexicano como un todo coherente y, finalmente el método sociológico-jurídico, pues ambas normativas demuestran una serie de lagunas jurídicas las cuales deben ser colmadas por el interprete de la norma de derecho.

Resultados, discusión y conclusiones

De entre las modalidades de reproducción asistida existentes, la maternidad subrogada es una de las que suscitan

mayor discusión, debido en gran parte a la variedad de conflictos jurídicos que se han gestado con su aplicación.

El artículo 4º constitucional expresa en su segundo párrafo que todo individuo tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada el número y espaciamiento entre sus hijos, sin embargo, el fundamento de esta disposición respondió a otro tipo de exigencias pretéritas influenciadas por virtud de la celebración de la Conferencia Internacional de Derechos Humanos de 1968 y la Conferencia Mundial de Población celebrada en Bucarest en 1974; en ningún sentido aplicables al uso de las técnicas de reproducción asistida como una alternativa procreativa común entre la ciudadanía.

Todo sistema jurídico fundado en un régimen democrático, postula la idea de un pluralismo jurídico que previene límites en el ejercicio de los derechos de cada persona y, los derechos reproductivos no son la excepción.

En el ámbito de la discusión sobre la admisibilidad de este tipo de acuerdo jurídicos, algunos autores manifiestan su respaldo a la celebración de esta modalidad reproductiva, otros más los rechazan por considerarlos inadmisibles independientemente de que sus fines y naturaleza contractual. De entre ellos, surge otro posicionamiento más prudencial el cual enfatiza la enorme oportunidad que ofrece la gestación sustituta altruista o gratuita a determinados sujetos a través de la instauración de las debidas restricciones jurídicas, sin las cuales sería imposible otorgar un mínimo de seguridad y protección jurídica a los sujetos que intervienen en este tipo de acuerdos tan singulares los cuales deben de ser abordados en una ley que aborde todo lo relativo al uso de la reproducción asistida como la última *ratio* jurídica.

LA «RESPONSABILIDAD TRANSFERIDA» EN LA DOCENCIA: DATOS Y REFLEXIONES EN LA TRANSMISIÓN DEL CONOCIMIENTO SOBRE DROGAS Y DOPAJE SOCIAL

María Font Arellano

*Dpto. de Química Orgánica y Farmacéutica. Unidad de Modelización Molecular
Facultad de Farmacia de la Universidad de Navarra.
Avda. de Irunlarrea nº 1, 31008 Pamplona, Navarra, España.
mfont@unav.es*

Introducción

En la tarea docente se abordan con frecuencia temas «sensibles» en los que el profesor debe plantearse no solamente cómo transmitir el conocimiento en si, en este caso las drogas, su diseño y síntesis/obtención, sino la necesidad/conveniencia de complementar esta información con datos que ayuden al alumno a formar su opinión ética sobre el asunto. Este tipo de sustancias, propias en su estudio a nivel molecular y sintético del área de la química farmacéutica, han sido diseñadas con objetivos terapéuticos concretos, frecuentemente relacionadas con patologías neurológicas y de la conducta, pero a menudo, por su modo de acción y sus efectos secundarios, han pasado a formar parte del llamado «dopaje social».

Material y métodos

Se propone como ejemplo base de la reflexión, el enfoque docente empleado para la transmisión del conocimiento del mundo de las drogas llamadas de diseño, partiendo del reconocimiento y clasificación de los distintos grupos, y pasando por las modificaciones químicas que sobre las estructuras originales se han ido haciendo con el objetivo de acentuar algunas de sus propiedades más relacionadas con su empleo social, hasta hacer un breve recorrido por su mecanismo de acción y una valoración de los problemas derivados de su uso.

Resultados

Se destacan dos puntos de reflexión extraídos de la experiencia en docencia

en las áreas de la química farmacéutica y la química orgánica durante 15 años. En el primero, se plantea cómo a través de una transmisión de conocimientos no cuidada, se puede llegar a que la persona en formación adopte una postura superficial en estos temas, reduciéndolos a un conjunto de reacciones químicas más o menos complejas, y banalizando, por consiguiente, el tema. En el segundo se plantea como las herramientas docentes se deben o pueden emplear para que el alumno de cualquiera de las profesiones sanitarias comprenda que el conocimiento adquirido en estos temas sensibles le «obliga», por un mero sentido ético, a no quedarse en la superficie del conocimiento sino a conocer todos los datos,

desde diferentes ángulos, ayudándole de esta manera, a convertirse a su vez, en fuente de transmisión responsable del conocimiento.

Bibliografía

- Geyer, M., Vollenweider, F. Serotonin research: contributions to understanding psychoses. *Trends in Pharmacological Sciences* (2008), 29, 445-453.
- Sulzer, D., How Addictive Drugs Disrupt Presynaptic Dopamine Neurotransmission *Neuron* (2011), 69, 628-649.
- Hyman, S. E., Cognitive Enhancement: Promises and Perils, *Neuron* (2011), 69, 595-598.

RAZONES MÉDICO-CIENTÍFICAS Y BIOÉTICAS A FAVOR DE LOS BANCOS PRIVADOS DE SANGRE DE CORDÓN UMBILICAL (SCU)

Agustín Losada Pescador

VidaCord

Avda. Leopoldo Calvo-Sotelo Bustelo, 32. Chalet 1.

28224 - Pozuelo de Alarcón (Madrid)

agustin@agustinlosada.com Móvil: 679 973 611

Introducción

Existe en ciertos ámbitos médicos y bioéticos una predisposición contraria a los bancos privados de SCU, cuyo origen es un informe sobre los bancos de SCU que la Asociación Americana de Pediatría publicó en 1999⁽¹⁾. En él se hacía referencia a las escasas probabilidades de uso de la SCU almacenada privadamente. Desde entonces, estos argumentos se han ido repitiendo en diferentes medios, sin que nadie haya comprobado si la Ciencia corroboraba o no las premisas que en él se establecían.

Materiales y métodos

Los argumentos contrarios a los bancos privados de SCU de dicho informe son los siguientes:

- La conservación privada es innecesaria porque la mayoría de los pacientes

que necesiten un trasplante de SCU podrán encontrar una unidad compatible en un banco público.

- La SCU no puede usarse para trasplantes autólogos en casos como los de leucemia, dado que los defectos genéticos también están presentes en las células madre del cordón.

- Frente al trasplante alogénico, el autólogo no tiene los beneficios de la pequeña reacción de EICH, que resulta fundamental en los casos de leucemia para incentivar la respuesta inmune.

También se desprecia su potencial uso futuro dentro del ámbito de la medicina regenerativa, tachando dicha opción como una «mera especulación», a pesar de los numerosos ensayos clínicos en marcha.

A más de las justificaciones médicas, se aportan otras bioéticas: hay riesgo de publicidad engañosa hacia los padres. Y el altruismo y la accesibilidad a los recursos

sanitarios estarían comprometidos, ante el avance de la mentalidad favorable al depósito privado de tejidos para uso autólogo eventual.

Resultados

Un TSCU de donante emparentado tiene, en general, mejores resultados que si el donante es no emparentado⁽²⁾. La supervivencia después de un año entre los trasplantados con SCU de un hermano compatible es de un 63%, mientras que la de los trasplantados con SCU de DnE es de solo un 29%.

Discusión

Los BSCU privados tienen sentido, para garantizar a los padres que así lo deseen, la posibilidad de ofrecer todas las opciones sanitarias a sus hijos. Las discrepancias que todavía existen al desarrollo de los BSCU privados están basadas en prejuicios y postulados ideológicos. No existen objeciones científicas ni éticas a su implantación y desarrollo.

Conclusiones

Son evidentes las razones médico-científicas que justifican el depósito privado de SCU:

- La SCU es útil para trasplante autólogo y alogénico emparentado. También puede resultar útil en casos de doble tras-

plante (utilizando una unidad de SCU de un DE con MO o SP de un DnE).

- Es posible que con el aumento de unidades conservadas en bancos privados se incremente también proporcionalmente la utilización de SCU para usos autólogos o alogénicos intrafamiliares.

- Cada vez se van descubriendo más tipos de células madre presentes en la SCU, las cuales podrían resultar de utilidad en el futuro al propio individuo, también en medicina regenerativa.

Desde un punto de vista ético, su existencia no provoca ninguna contraindicación, al no resultar comprometidos ninguno de los principios bioéticos clave: No se contradice el respeto debido a la dignidad del cuerpo ni su integridad, y es conforme a los principios de Autonomía del Paciente, Justicia y Solidaridad, Beneficencia, No Maleficencia y Proporcionalidad.

Referencias

- (1) Cord Blood Banking for Potential Future Transplantation: Subject Review, Work Group on Cord Blood Banking, (*Pediatrics* 1999; 104; 116-118).
- (2) Gluckman, E., Rocha, V., Boyer-Chamard, A., Locatelli, F., Arcese, W., Pasquini, R., et al. (1997). Outcome of cord blood transplantation for related and unrelated donors. Eurocord Transplant Group and the European Blood and Marrow Transplantation Group. *New England Journal of Medicine*, 337, 373-381.

CRIBADO PRENATAL DE CROMOSOMOPATÍAS EN ATENCIÓN PRIMARIA. COMITÉ DE ÉTICA

María Constanza Colchero Calderón^(a). Julia Vargas Díez^(b)

(a) Consultorio local de Albaida del Aljarafe.

Unidad de Gestión Clínica Olivares. Sevilla.

Dirección de contacto: C/ Pedro Muñoz Seca, nº 3. Mairena del Aljarafe. 41927

mconstanzacc@andaluciajunta.es

Teléfono: 626871714

(b) Centro de salud de Alora. Málaga

Introducción

Los médicos de familia (MF) realizamos seguimiento de embarazos de bajo riesgo. Aplicamos métodos de cribado para diagnosticar enfermedades en fase preclínica e instaurar terapia precoz curativa o paliativa. Los test combinados (analíticos e imagen) que permitan la sospecha de cromosopatías, seguidos de métodos diagnósticos confirmatorios están implantándose en las aéreas hospitalarias, desde los servicios de tocología.

Material y métodos

Estudio descriptivo de proceso de implantación de cribado. Evaluamos el proceso, la participación del MF, la información ofrecida a la mujer, para el consentimiento informado (CI) y la consulta a Comités de Ética.

Resultados

En la comunidad autónoma, tras pilotaje, se implanta el cribado reconociéndolo como derecho legal de la madre. El método elegido es el FETAL-TEST de la SEGO, estudio multicéntrico prospectivo de servicios de tocología. El circuito se inicia en la consulta del MF donde acude la mujer que inicia su embarazo. Tras la confirmación gozosa, el MF aplica el protocolo de toma de constantes, peticiones analíticas, y prescribe ácido fólico. En el mismo acto, el MF explica a la mujer el FETALTEST y le pide su CI con el documento de la SEGO. Los resultados de la analítica los interpretará el tocólogo en la primera ecografía para diagnosticar translucencia nuchal. Si hay riesgo alto, la mujer es derivada al Hospital.

Discusión y conclusiones

La implantación ha sido desigual en la comunidad. Ha venido diseñada desde el nivel especializado. Generó desde el principio dudas profesionales y éticas. El documento fue retirado por decreto del Gobierno sobre CI, exigible solo para pruebas cruentas⁽¹⁾. El documento habla en términos relativos sobre el síndrome de Down, describe la necesidad de pruebas diagnósticas sin explicar los riesgos, y solicita a la madre CI para iniciar un proceso diagnóstico cuyo «objetivo final es conocer la integridad cromosómica de mi hijo y, de no ser así, permitirme acogerme a la Ley de la Interrupción Voluntaria del Embarazo». Se solicita a la madre el CI por representación del hijo, recogiendo la ley que este CI sólo es válido en beneficio del representado⁽¹⁾. Actualmente solo debe firmarse si se rechaza el proceso. La información inicial no es completa con respecto a la enfermedad, métodos diagnósticos, ni tampoco ofrece la información recomendada en CPC⁽²⁾: terapia intrauterina, manejo del parto en centro especializado, información de red social y ayudas a los padres y opción reproductiva. Algunos MF, tras hablar con la mujer, proponen rechazar el test si la mujer es contraria al aborto. Los servicios de Tocología no nos han facilitado resultados del FETALTEST. Los MF no disponemos de feed-back sobre este proceso. Nos sería útil conocer la cadena informativa a los padres a lo largo de todo el proceso si ocurre un diagnóstico de síndrome de Down. No conocemos la existencia de

estudios previos locales que las agencias de calidad recomiendan para las pruebas genéticas. El proceso en fases avanzadas aplica test genéticos sobre células fetales obtenidas de amniocentesis, y no respeta las recomendaciones éticas que impiden hacer uso de los mismos para la discriminación de los enfermos. Se propone el aborto. La opinión general es que debe ser un cribado para enfermedades de baja prevalencia selectivo e iniciado por personal especializado. Es llamativo que se proponga en población general. Impresiona como medicina defensiva. Desde primaria realizamos consulta sobre estas dudas, a los antiguos Comités de Ética e Investigación de Primaria y Hospital. La respuesta final fue que el Proceso Asistencial⁽³⁾ al embarazo indicaba que la información y la petición de analíticas y consentimiento debía solicitarlo el MF, dejando sin respuestas las cuestiones éticas formuladas.

Referencias

- (1) ORDEN de 8 de julio de 2009, por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado. BOJA núm. 152 de 6 de agosto de 2009.
- (2) NICE clinical guideline 62 Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman <<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11947/40115/40115.pdf>> [consultado en línea el 28 de junio de 2011]
- (3) Proceso asistencial integrado de atención al embarazo, parto y puerperio. 2ª Edición. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2005.

LA DESPARICIÓN SILENCIOSA. A PROPÓSITO DEL CRIBADO EUGENÉSICO DE LAS PERSONAS CON SÍNDROME DE DOWN

Jaime Vilarroig Marín

Universidad CEU Cardenal-Herrera (Valencia)

C/ Ronda Vinateca, 5, 1º, 12004, Castellón

jaime.vilarroig@uch.ceu.es

Introducción

La comunicación tiene dos objetivos. En primer lugar determinar exactamente el descenso de nacimientos de personas con síndrome de Down en España; en segundo lugar reflexionar sobre este hecho.

Material

Estudio Colaborativo de Malformaciones Congénitas y publicaciones bioéticas.

Método

Lectura y cotejo de estadísticas en torno a nacimientos de personas con síndrome de Down. Lectura de publicaciones bioéticas sobre la discapacidad.

Resultado

En el período 1980-1985 se registró una frecuencia de nacimientos de personas

con síndrome de Down de un 17,48 por 10.000. A partir de ese año la frecuencia desciende de modo constante hasta el 2009, donde se registró una frecuencia de 7,24 por 10.000.

Discusión

La principal causa de este descenso, tal como afirman los autores de las publicaciones donde aparecen los datos, es la puesta en marcha de la ley de interrupción voluntaria del embarazo en 1985.

Conclusiones

Cada vez nacen menos personas con síndrome de Down debido a que los embriones con este defecto congénito son abortados. Esto, además de la grave discriminación que supone (independientemente del estatuto con el que se considere la vida embrionaria), muestra el rechazo de la sociedad actual hacia la vida discapacitada.

DIFERENCIAS ENTRE HOMBRE Y MUJER RESPECTO A LA APLICACIÓN DEL «MÉTODO DIAGNÓSTICO-PRONÓSTICO» EN EL TRATAMIENTO DE LA HEPATOPATÍA ALCOHÓLICA

Juan Llor Baños

Servicio Medicina Interna. Hospital de León
juan.llor.b@gmail.com

Introducción

El alcoholismo es una patología con un índice de incidencia alto en la sociedad. En España la ingesta excesiva (5 bebidas/día) se sitúa en un 4,3% en hombres y un 0,6% en mujeres. La repercusión del alcoholismo a nivel personal y social es de gran envergadura. El alcoholismo es la tercera causa de muerte en España, contribuye a 60 enfermedades crónicas y agudas, reduce 15 años la expectativa de vida, es causa el 30% de los accidentes de tráfico, el 40% de los hijos con padre/madre alcohólicos sufrirán alcoholismo, es causa del 80% de los conflictos familiares, y el 85% de maltratos a niños, y supone un gasto de 400 millones de € diarios. Por lo tanto, se exige poner soluciones eficaces que reduzcan el gran impacto que supone el alcoholismo. En el Hospital de León, en

el Servicio de Medicina Interna, hemos implantado el *método diagnóstico-pronóstico* con el fin de reducir o suprimir la ingesta enólica crónica excesiva, y hemos prestado, también, atención al distinto comportamiento de dicho método que puede tener en hombres o mujeres.

Material y Métodos

Se han seguido 116 pacientes con una ingesta excesiva enólica (más de 5 bebidas/día), y con signos constatados de hepatopatía alcohólica, descartado otro tipo de hepatopatía subyacente, por: a) la alteración de los marcadores biológicos hepáticos y, b) las pruebas de imagen hepática. A todos ellos, sin pautar tratamiento farmacológico para el alcoholismo, se les realizó el *método diagnóstico-pronóstico*, que consiste en proceder con estos los

pacientes de la siguiente forma: a) se les informó, desde la primera consulta, de su alteración hepática y de su pronóstico a mediano y a largo plazo en el caso de persistir en la cantidad de ingesta alcohólica; y b) se procedió a un seguimiento con una cadencia aproximada de 3 meses, durante el año, ofreciendo una nueva valoración actualizada según de los marcadores biológicos del momento.

Resultados

De los 116 pacientes, 97 fueron hombres y 19 mujeres. De los 97 pacientes 65 (67%) dejaron de beber, 32 (32,9%) continuaron bebiendo, si bien 13 redujeron notablemente la ingesta. Entre las 19 mujeres, 17 (89,4%) dejaron de beber, y 2 (10,5%) continuaron bebiendo. *Método diagnóstico-pronóstico* realizado en la mujer es favorable respecto al hombre con una diferencia próxima a la significación ($p < 0,056$).

Discusión

Es conocido que el alcohol ejerce distinta intensidad patogénica en el hombre y en la mujer, consecuencia del distinto mecanismo metabólico, que hace que a la misma cantidad de ingesta afecte más a la mujer que al hombre. Sin embargo, el hecho que la mujer sea más sensible a favorecer el abandono del alcoholismo a través del *método diagnóstico-pronóstico*

hace pensar que en la mujer existen unos condicionantes distintos al hombre en la inducción a la patología alcohólica crónica. Probablemente el alcohol en la mujer es más utilizado como ayuda para superar un estado de estrés, y tenga una característica de menor arraigo constitucional que en el hombre, el cual bebe más por querer alcanzar unas hipotéticas metas de vida o por adoptar un modelo de conducta en el que piensa que se encuentra más cómodo y realizado. Así el *método diagnóstico-pronóstico* probablemente puede ayudar a desprenderse del alcoholismo de forma más eficaz en la mujer, al ser consciente de que su enfermedad por hepatopatía alcohólica es una realidad que cuestiona la utilización del alcohol como solución para resolver otros problemas personales.

Conclusiones

1) el *método diagnóstico-pronóstico* aplicado como tratamiento en pacientes con hepatopatía alcohólica crónica favorece más a la mujer que en el hombre, 2) la mujer probablemente muestra unos condicionantes distintos al hombre en la inducción del alcoholismo crónico, y 3) que el alcoholismo crónico es una patología con repercusión personal y social de tal importancia que debe ser abordada de forma preferente con los métodos que se demuestren eficaces.

¿ES POSIBLE ANUNCIAR VIDA EN SITUACIONES DE MUERTE?

Miguel Ángel Millán Atenciano

Gloria M^ª Tomás Garrido

Universidad Católica de Murcia

C/ Santa Inés nº 1. Novelda. 03660. Alicante

mamillana@doc.colegiopadredehon.com

Introducción

¿Está llamada la bioética a presentar una imagen meramente técnica o al mismo tiempo puede hilvanar un discurso humanizado? Con esta pregunta podemos presentar la inquietud del presente trabajo que no es otro que responder a un interrogante vital confrontado en un mundo dual ¿Es posible anunciar vida en situaciones de muerte? El fin no es otro que presentar claves esperanzadoras de nuestra realidad, de ahí que, el verbo sea anunciar, en infinitivo ya que se pretende compartir o dar noticia de nuestra realidad, la del hombre ordinario que consume su tiempo entretejiendo su existencia con toda clase de ruidos, asperezas y aspiraciones que le hacen vivir un mundo dual.

Material y método

Por ello, este trabajo quiere aproximarse a la realidad del aborto a través del

conocimiento de las ciencias sociales, o lo que es lo mismo, el estudio general del hombre en sus variadas vertientes; filosófica, histórica, antropológica, sociológica y el complemento artístico cinematográfico... pueden aportarnos sobre el hombre actual, su pensamiento y su acción moral.

Resultados y discusión

El presente trabajo desea explorar este triple pilar; la realidad humana, el binomio vida-muerte y la lectura trascendente de la realidad. Nuestra intención es respondernos a una serie de cuestiones que formulamos como objetivos centrales que nos interrogan; como son: *¿Es posible anunciar vida en situaciones de muerte? ¿Hasta qué punto somos fieles a nuestros principios? ¿El valor de la vida puede plantearse como un interrogante con sentido?*

En primer lugar nos apoyamos en la filosofía, con la intención de formular preguntas, para ello deseamos escuchar los entresijos de la conciencia con

la aquiescencia o asenso del director cinematográfico de origen polaco Krystof Kieslowski. Ya que la conciencia individual parece ser la indicada para determinar o dictaminar el camino a elegir. ¿Es el nacimiento una experiencia extraordinaria? y si lo es por su propio fluir ¿Puede causar temeridad este silencioso crecer de la vida?

La perspectiva histórica se entrelaza mutuamente con la filosófica ya que el ser humano no puede ser entendido ignorando la historicidad inherente a toda persona. Lo que significa que no hay historia sin vida ni humanidad sin historia. En nuestro caso vamos a analizarlo bajo el prisma del filósofo hebreo Martin Buber. Para Buber el hombre puede comprender su realidad en la medida que es un ser relacional y considera al otro como su realidad misma.

Hasta ahí tenemos una visión del hombre que nos abre a una concepción diferente del ser humano, pero *¿Qué se percibe en nuestra realidad? ¿Nuestro mundo es realmente ético? ¿La vida es considerada un valor universal o es víctima de la fragmentación postmoderna?* Analicemos estas preguntas para conocer qué es lo que la realidad sociológica nos transmite.

Tomando como referencia el análisis de los mencionados tres pilares ¿Qué complementos nos aporta el cine a las ciencias sociales?

Vamos a adentrarnos en la proyección cinematográfica de *Juno* donde la realidad humana es presentada en una sola proyección con cuatro conflictos interrelacionados: *la afectividad juvenil, la familia, la pareja y la adopción.*

En *Las normas de la casa de la sidra*, la realidad humana se presenta en la persona del protagonista Homer en su viaje iniciático. No es un viaje cualquiera la toponimia del lugar es una excusa para viajar al corazón de sí mismo.

La princesa de Nebraska es un relato íntimo sobre la soledad, acaso no es ¿Una soledad sonora? Como afirma el poeta onubense Juan Ramón Jiménez inspirándose en Juan de la Cruz donde empatiza con la protagonista en el siguiente verso *«Cuanto más solos estamos más intensamente nos comprendemos».*

Por último se encuentra *Solas* o la experiencia de amar silenciosamente donde la realidad es presentada en la figura femenina mostrándonos el perfil propio por edad y condición de la mujer gestante.

Conclusiones

¿Es posible anunciar vida en situaciones de muerte?

Este primer objetivo respondería al binomio vida - muerte afirmando la experiencia amorosa como una acción salvífica para la humanidad. El aborto nos permite revivir la pasión por la vida situado en lo que libremente podemos extinguir y lo que libremente está a punto de ver la luz.

¿Hasta qué punto somos fieles a nuestros principios?

Este segundo objetivo respondería a la realidad humana. En primer lugar porque la experiencia de amar y la libertad se interaccionan conjuntamente para obrar en

la misma realidad. La necesidad humana de conectar con el «otro» como espacio de realización plena.

¿El valor de la vida puede plantearse como un interrogante con sentido?

Este tercer objetivo respondería a la realidad trascendente de todo hombre puesto que está situado más allá de sí

mismo. El hombre no es autosuficiente por sí mismo. Puede proyectar su realidad hacia una finalidad superior. Por otra parte se encuentra la condición moral ya que el hombre no puede ser amoral, pues todas sus acciones están determinadas por fines. Esto nos conduce a la capacidad humana de abrirse al misterio, a lo inexplicable y trascendente desde el mismo instante de su gestación.

«IMPLICACIONES BIOÉTICAS DE LA NORMATIVIDAD APLICABLE A LA VOLUNTAD ANTICIPADA EN MÉXICO: LA LEY DE VOLUNTAD ANTICIPADA PARA EL DISTRITO FEDERAL»

Dr. José Antonio Sánchez-Barroso

Universidad Panamericana

Augusto Rodín 498, San Insurgentes Mixcoac,

03920, México, D.F.

jasanchez@up.edu.mx

Los modelos teóricos desarrollados a partir de principios para resolver aquellas situaciones conflictivas que no pueden solucionarse mediante la aplicación de deberes concretos —los llamados casos difíciles— han tenido gran utilidad práctica tanto en el *Derecho* como en la *Bioética*. En el primer caso, uno de los principales exponentes es Robert Alexy con su Teoría de la Argumentación Jurídica y; en el segundo, Tom L. Beauchamp y James F. Childress con el denominado principialismo.

En este sentido, el principio de autonomía tiene un rol destacado en la voluntad anticipada; en primer lugar, porque se involucra el derecho de autodeterminación cuando con plena competencia y suficiente información el paciente decide y comu-

nica su *aceptación* o *rechazo* a la asistencia o *tratamientos indicados* o, incluso, solicita un *tratamiento no indicado* o un *tratamiento médico contraindicado* de acuerdo con su enfermedad y; en segundo, porque el equipo médico no actúa ciegamente en el campo moral precisamente porque conoce los deseos, intereses e inquietudes del paciente y, quizá con mayor importancia, su propia escala de valores lo cual permite ofrecer una mejor atención médica que más allá del *poner*, *quitar* o *mantener*, sea de acompañar y en la medida de lo posible aliviar el sufrimiento.

Sin embargo, dicho principio no es la única realidad normativa a considerar para la toma de decisiones. Intentar resolver los problemas éticos que se plantean en la medicina mediante la regulación y

aplicación de la voluntad anticipada al margen de los *hechos clínicos* y *otros valores y principios ético-jurídicos* conllevaría a otro tipo de problemas morales quizá más complejos de los que la Bioética de hoy intenta resolver.

Este trabajo tiene como principal objetivo evidenciar: *i)* que la normativa no puede enfocarse solamente al aspecto documental de la voluntad anticipada, pues ello sería empobrecer enormemente la vocación planificadora y la función comunicativa del acto. Es decir, no pueden ser vistas como un mero instrumento

jurídico, ya que es *moralmente* reprochable hablar de voluntad anticipada refiriéndose meramente a su aspecto jurídico y; de igual forma, es *socialmente* cuestionable hablar de ellas prescindiendo de ese aspecto. Y, *ii)* que el alcance y contenido de la voluntad anticipada no sólo depende del *sistema de valores de la persona*; sino además, y de forma muy importante, de los *hechos biológicos o clínicos particulares* (aspecto material) y los *valores y principios morales compartidos por la sociedad* (aspecto formal).

EL DESEO DE ADELANTAR LA MUERTE EN PACIENTES CON ENFERMEDAD AVANZADA: REVISIÓN SISTEMÁTICA DE ESTUDIOS CUALITATIVOS

Cristina Monforte*, Josep Argemí y Albert Balaguer

Centre de Recerca Bioètica. Institut d'Estudis Superiors de Bioètica.

Universitat Internacional de Catalunya

**cmonforte@csc.uic.es*

Introducción

No es infrecuente que en algún momento de los estadios finales de un proceso avanzado de enfermedad, los pacientes manifiesten de un modo más o menos explícito un deseo de adelantar la muerte (DAM). Sin embargo, no está claro qué significado tiene tal deseo ni cuáles son los factores o situaciones que lo motivan. El estudio que presentamos pretende precisar estos extremos partiendo de una revisión sistemática de los estudios cualitativos sobre el DAM, desde la propia voz del paciente que lo presenta.

Material y métodos

Se ha realizado una revisión sistemática de los estudios cualitativos primarios. La estrategia de búsqueda diseñada se

replicó en 5 de las principales bases de datos electrónicas además de la revisión de autores de referencia y citas de citas. Tras la extracción de duplicados, y revisión por título, abstract y texto completo, fueron 7 los estudios que cumplían criterios de inclusión. Los desacuerdos fueron resueltos por consenso del equipo investigador y lectura del texto completo. La evaluación de la calidad de los 7 estudios fue analizada mediante el checklist del CASP⁽¹⁾.

Resultados

El análisis de estos trabajos mediante el procedimiento meta-etnográfico de las 7 etapas definido por Noblit y Hare⁽²⁾ y que se basa en la traducción recíproca y la síntesis argumental. Tras la aplicación de la traducción recíproca, emergieron seis categorías que en su conjunto explican el

significado del fenómeno del DAM desde el punto de vista del paciente:

— El DAM es una *respuesta a un sufrimiento físico, psicológico o espiritual*

— El DAM se produce en el contexto de pacientes que presentan una *pérdida de sí mismos*, entendida ésta como la pérdida de función, pérdida de autonomía, pérdida de control y pérdida de sentido

— El DAM se producen en pacientes que presentan Miedo a morir

— El DAM emerge como un medio para poner fin al sufrimiento

— El DAM emerge, paradójicamente como un deseo de vivir, pero «no de este modo»; como una especie de «grito de auxilio»

— Finalmente el DAM emerge como una forma de ejercer o retomar el control sobre sí mismo

Posteriormente, aplicando la línea de argumentación, surgió el mapa de las relaciones halladas entre las categorías y que explican el verdadero significado del DAM en pacientes con procesos avanzados de enfermedad.

Discusión y conclusión

Estos resultados demuestran que el DAM es un constructo multifactorial, no necesariamente patológico en estos pacientes y se presenta como un fenómeno reactivo a un proceso de sufrimiento extremo. En estos pacientes el DAM no fue un objetivo en sí mismo, sino una respuesta a la presencia de sufrimiento físico-psíquico-espiritual. La correcta respuesta al significado del DAM en cada paciente concreto puede contribuir decisivamente a la mejora de su bienestar y, por tanto, ser un elemento decisivo en el arsenal terapéutico en cuidados paliativos.

Referencias

- (1) CASP P. Critical Appraisal Skills Programme. Ten questions to help you make sense of qualitative research. Oxford: CASP; 1999.
- (2) Noblit G, Hare R. Meta-ethnography: Synthesizing qualitative studies Newbury Park: Sage; 1988.

«CUESTIONES ÉTICAS DEL DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS («LIVING WILL») EN LOS PROFESIONALES SANITARIOS»

**Mercedes Martínez-León, Aitor Cuadrado Hernández,
José Rabadán Jiménez, Camino Martínez-León, Daniel Queipo Burón**
*Área de Medicina Legal y Forense. Facultad de Medicina.
Universidad de Valladolid.
Avda. Ramón y Cajal 7. 47005-Valladolid. legal@med.uva.es*

Introducción

En las sociedades industrializadas contemporáneas, aproximadamente el 80% de las muertes se producen en los hospitales, y de ellas al menos el 70% ocurren después de un período más o menos largo de incapacidad mental para tomar decisiones por uno mismo. Durante ese período, se toman decisiones que afectan tanto a la cantidad como a la calidad de vida del paciente. Estas decisiones de representación y el uso de los documentos de «voluntades anticipadas o instrucciones previas» está pensado para definir la voluntad de una persona sobre los cuidados de su salud futuros y, por extensión, para ayudar a las personas que deban tomar decisiones en su lugar, cuando la persona no pueda expresarlo por sí misma.

Material y método

En nuestro trabajo pretendemos investigar el grado de conocimiento y opinión que tienen los profesionales sanitarios sobre la eutanasia y el documento de Instrucciones Previas. Para analizar el grado de conocimiento y saber la opinión que tienen tanto los profesionales sanitarios, sobre la eutanasia y los documentos de Instrucciones Previas, realizamos un cuestionario con varios ítems, que fue cumplimentado por profesionales sanitarios que trabajan en el Hospital Comarcal de Medina del Campo y en el Centro de Salud de Medina del Campo Urbano. Al encuestar a los profesionales de estos dos centros sanitarios, se abarcó a la población sanitaria (sector público) que atiende a Medina del Campo. El tamaño muestral finalmente obtenido fue de 67 profesio-

nales sanitarios, incluyendo médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería y celadores.

Resultados y discusión

El 75% de los profesionales sanitarios encuestados dan como prioritario controlar el dolor y los síntomas, solamente 8 profesionales sanitarios (15.4%) practicaría la eutanasia administrando al paciente lo que pide. Y de estas 8 personas que manifiestan estar a favor de la eutanasia solo 2 de ellas son médicos. El 65.4% afirma conocer con mucha certeza

el documento de instrucciones previas. Solamente un 7.7% afirma no conocerlos en absoluto.

Conclusiones

El documento de instrucciones previas despierta el máximo interés entre los profesionales sanitarios (77%), y algo más del 21% cree que es bastante interesante. Además más de la mitad de los encuestados (53.85%) aconsejaría preferentemente a un amigo o familiar la cumplimentación de uno de estos documentos. Sólo un 1.9% tendería a no aconsejarlo.

CÓCTEL LÍTICO: ¿SEDACIÓN PALIATIVA U HOMICIDIO «COMPASIVO»?

Manuel José Moreno Ferrero

Psicólogo y psicoterapeuta Coleg. O-02024

E-mail: mjmoreno@cop.es

En el contexto del actual debate sobre muerte digna, sedación paliativa en la agonía, testamento vital..., encontramos aspectos nada claros que tergiversan y acaso pervierten el sentido original de la buena praxis médica en la terminalidad de la vida, tal y como está recogida en documentos como el elaborado por la Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial «*Ética de la Sedación en la Agonía*».

En dicho documento se deja meridianamente claro cuándo, cómo y bajo qué condiciones puede y debe ser empleada la sedación en la agonía. Así como la diferencia entre sedación y eutanasia.

La presente comunicación da cuenta del caso de una paciente en fase terminal a quien, a pesar de una adecuada sedación parcial y su estado de relativa tranquilidad, se administró de manera injustificable el denominado cóctel lítico clásico —*Largactil*® (*neuroléptico*) + *Fenergan*® (*prometacina*) + *Dolantina*® (*opioide*)—, con resultado de muerte a las pocas horas tras una brusca y penosa agonía.

La comunicación es expuesta por uno de sus cuatro hijos y pretende llamar la atención a profesionales y familiares acerca de la existencia de dicha práctica eutanásica encubierta, a expensas de la propia voluntad del paciente y de una sesgada e incompleta información a sus familiares.

A nuestro entender, se está ofreciendo en al menos uno de los grandes Hospitales españoles una solución farmacológica homicida bajo el amparo conceptual de sedación paliativa profunda o terminal, traicionando con ello la confianza del paciente —*en los últimos días de su vida*— y de los familiares —*de la sociedad en general*— en el sistema sanitario español.

La exposición completa y detallada del caso se describe en un artículo más extenso, donde se describe el desarrollo de la situación de la paciente tras un diagnóstico de neoplasia gástrica infiltrante, los pasos dados por parte de la familia en el esclarecimiento de lo presenciado en las últimas horas de vida de la paciente, citas donde distintas sociedades y organizaciones médicas aluden a la sedación

paliativa terminal y donde se desaconseja explícitamente el cóctel lítico, algunas reflexiones respecto del caso y la denun-

cia social de la injustificable existencia de dicho procedimiento homicida en la práctica médica actual.

LOS PROBLEMAS BIOÉTICOS EN TORNO AL FIN DE LA VIDA RELACIONADOS CON LA NEGACIÓN DE LA MUERTE

Pedro Campuzano Cuadrado

Complejo Hospitalario Palencia

p.campuzano@urjc.alumnos.es

Dirección de contacto: C/Rizarzuela N° 16 1º izq 34002 Palencia

Introducción

Este análisis intenta descubrir la influencia de la negación de la muerte en el tratamiento de los dilemas bioéticos en torno al fin de la vida.

Material y métodos

Revisión bibliográfica crítica de las publicaciones de tipo antropológico, histórico, sociológico y filosófico en las que se aborda la mentalidad en torno a la muerte así como la literatura científica en materia de bioética al respecto.

Resultados

Se puede observar cómo progresivamente durante el último siglo nuestra sociedad ha formado un tabú en torno a la muerte y fomentado, en el plano individual, la negación de la muerte.

Discusión

El tabú sobre la mortalidad ejerce una influencia directa en la «conspiración del silencio», es decir, la ocultación premeditada a un paciente de información sobre una enfermedad terminal. También influye en la obstinación terapéutica y la eutanasia. Mi reflexión apunta a que estas cuestiones tienen como problema de fondo un rechazo a la idea de mortalidad propia o ajena.

Conclusiones

Las actitudes sociales y su reflejo en las actitudes individuales inciden en el surgimiento y desarrollo de problemas bioéticos en el final de la vida. El cambio de paradigma de la buena muerte condiciona los deseos en familiares, sanitarios y pacientes terminales. Todos estos condicionantes socioculturales se pueden

articular en un esquema que estructura la forma en que este fenómeno incide en el debate y la conciencia bioética.

ASPECTOS ÉTICOS DE LA RELACIÓN CON EL PACIENTE PEDIÁTRICO EN EL PROYECTO DE «LEY REGULADORA DE LOS DERECHOS DE LA PERSONA ANTE EL PROCESO FINAL DE LA VIDA»

Dolores González Caballero (*) y M^a José González Iglesias (**)

(*) Unidad de Neumología Infantil. Servicio de Pediatría.

Hospital San Rafael. Madrid. Correo: med002860@saludalia.com

(**) Área de hospitalización. Servicio de Pediatría. Hospital San Rafael. Madrid

Introducción

Los cuidados del paciente en la etapa final de una enfermedad han llevado históricamente al médico a plantearse su actuación buscando el bien del paciente y evitando provocarle un mal. El actual grado de desarrollo de la medicina y el fortalecimiento de la autonomía de los pacientes transforma la toma de decisiones en estas etapas finales en un desafío para el profesional de la salud.

El proyecto de «Ley Reguladora de los Derechos de la persona ante el proceso final de la vida», pendiente del trámite parlamentario, ha pretendido garantizar la dignidad de los pacientes que se encuentran en situación terminal o de ago-

nía subrayando su autonomía y limitando la del médico, que deberá adaptarse a los deseos del paciente incluso contra la *lex artis*. Al igual que otras leyes de ámbito sanitario se ha elaborado al margen de la opinión de los profesionales encargados de velar por la salud de los pacientes.

Objetivo

El objetivo de esta comunicación es ofrecer un enfoque diferente a la nueva Ley en lo referente a los derechos de los menores ante el proceso final de su vida, recogidos en su art. 7 que se ocupa de la información asistencial y la toma de decisiones de los pacientes menores de edad.

El menor en la fase final de su enfermedad

El escenario real del pediatra que atiende a un niño en situación terminal es de cercanía con el paciente y su familia, que forman siempre una unidad, siendo deseable que, tanto el diagnóstico como el control de la enfermedad, sea llevado por el mismo equipo sanitario durante las distintas fases incluida la fase final. Este es el ambiente para una adecuada información acerca de la evolución de las etapas de la enfermedad incluido el fallecimiento, qué medios se pondrán y cuáles no, todo ello en el marco de una relación médico paciente dialogante. La primera decisión del médico responsable de un menor de entre 12 y 16 años, es si informará de lo relativo a la enfermedad con el niño presente, decisión que debe tomar de acuerdo con los padres. Por respeto a la dignidad de estos menores, es deseable que de acuerdo con su grado de madurez participe en cierto modo de la información y sean escuchadas sus opiniones, evitando el aislamiento y el pacto de silencio. Cuando un niño entra en la fase final de la enfermedad, toda la familia es especialmente vulnerable y necesita de ayuda para adaptarse a la situación.

La actuación de los profesionales de la salud debe incidir en el paciente y en todos los miembros de la familia.

Conclusiones

1.- La última fase de la enfermedad del menor puede transcurrir en su domicilio o en el hospital, por lo que se debe disponer de los recursos sanitarios necesarios para, si es el deseo del paciente y/o su familia, los últimos días permanezca en su hogar. Entre estos recursos se debería potenciar las Unidades de Atención Integral Paliativa Pediátrica, como recomienda el Parlamento Europeo.

2.- Con respecto al Cuidador principal es necesario facilitar la atención al niño enfermo con los permisos oportunos a nivel laboral, que deberían ser remunerados e ir al cargo de la Seguridad social durante la enfermedad grave y el periodo en torno al fallecimiento del niño.

3.- En cuanto al resto de los miembros de la familia sería recomendable una Unidad especializada en la Atención Familiar al Niño Grave, que cuente con un equipo multiprofesional y con acceso a la red de servicios sociales.

Bibliografía

- IMPACT: standards for paediatric palliative care in Europe. *European Journal of Palliative Care*, 2007; 14:2-7.
- Beauchamp, Tom L., and Childress, James F. *Principles of Biomedical Ethics*. New York. Oxford University Press, 1979.

CUESTIONES ÉTICA AL FINAL DE LA VIDA: ANÁLISIS DEL CASO PRÁCTICO DE RAMÓN DE SAMPEDRO

Ana María Bohoyo Calvo

*Universidad de Salamanca
Edificio FES, Campus M. de
Unamuno, 37007 Salamanca
cuquina83@hotmail.com*

Introducción

Vivimos en sociedades pluralistas y heterogéneas en las que, tanto en el ámbito privado como en el público, surgen una serie de debates racionales respecto a casos difíciles de la bioética, como pueden ser: la eutanasia, el suicidio asistido, la interrupción del embarazo y la maternidad subrogada, entre otros. Estos debates son fruto de las distintas ideas que posee la ciudadanía en relación a la vida, la muerte, el bien, el mal, los límites de la autonomía, e inclusive sobre la relación simétrica o asimétrica que debe de existir entre lo público y lo privado.

Estos dilemas sociales potencian la importancia y la labor deliberativa de la ética respecto a los mismos. Los profesionales sanitarios, serán algunos de los agentes morales que, en los comités de bioética, deberá indagar y examinar cada uno de estos temas, a partir de casos concretos, de forma racional y dialógica, desde un punto de vista: moral, social

y jurídico. Pues bien, el objetivo de esta ponencia es tratar uno de los temas que adquirió gran relevancia en los comités y en relación al que existió, en los años 90, un gran debate nacional. Este fue el caso difícil y polémico, de muerte digna, de Ramón Sampedro.

Material y método

El material, desde el que se explicará este caso, constará de varios artículos de periódico y en el libro de Ramón: *Cartas desde el infierno*⁽¹⁾. El método que se utilizará, para dicho análisis, tendrá en cuenta: a) los principios de la bioética: el de autonomía, el beneficencia, el de no maleficencia y el justicia; b) apelará al marco normativo de los Derechos Humanos y a textos legales como el Código Penal.

Resultado

La intención de los comités, cuando analizan y deliberan sobre casos difíciles,

no es llegar a soluciones cerradas. La relevancia de estudiar cada caso de forma individual reside en que conduce provisionalmente a unos principios *prima facie* que definen claramente un marco teórico, sin olvidar la existencia de tres niveles de juicio moral: «lo que debe valer», «lo que vale» y «lo que es el caso».

Discusión

La discusión se centró en una serie de argumentos a favor del suicidio asistido y en contra. Los argumentos a favor fundamentan su defensa en la dignidad y en los principios de autonomía y beneficencia. Los que existen en contra en el principio

de precaución y en el de: justicia y no maleficencia, de la bioética.

Conclusiones

Puede decirse, que el caso de Ramón Sampedro fue el que generó en la ciudadanía española un gran debate argumentativo sobre: determinadas cuestiones al final de la vida y sobre si debe de existir o no el «derecho a morir dignamente.»

Referencias

- (1) Sampedro, R. *Cartas desde el infierno*. Barcelona: Planeta.

DESARROLLO DE UN PROTOCOLO DE RETIRADA DEL TRATAMIENTO DE SOPORTE VITAL EN UCI, TRAS UN ESTUDIO OBSERVACIONAL DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LA TOMA DE DECISIONES AL FINAL DE LA VIDA

Remedios Clemente-García

Pedro Kot-Baixauli, Juan Bonastre-Mora, José Cuñat-De La Hoz,
Miguel Ruano-Marco, Isabel Calleja-Serrano

Servicio de Medicina Intensiva.

Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia

(clemente_mar@gva.es)

Introducción

La retirada del tratamiento de soporte vital (RTSV) o limitación del esfuerzo terapéutico es un fenómeno frecuente en las unidades de cuidados intensivos (6-10% de los ingresos). A menudo, es una situación repleta de dificultades que pueden entorpecer y prolongar el proceso de la muerte y el cuidado al final de la vida de estos enfermos. Diversos estudios han demostrado que éste es un área susceptible de mejora en la calidad asistencial.

El objetivo de este estudio es desarrollar un protocolo de RTSV que facilite la

toma de decisiones al final de la vida, tras un estudio observacional que determine los factores que influyen en esta toma de decisiones y cuál es el impacto de éstos en la calidad y eficiencia asistencial.

Material y métodos

Se realizó un estudio observacional prospectivo durante un periodo de 8 meses. Se analizaron los enfermos en los que se consideraba la indicación de limitación del esfuerzo terapéutico.

Además de los datos demográficos y referentes a sus enfermedades previas y a su enfermedad actual, se analizó la

metodología de la toma de decisiones (si era individual o mediante consenso), el tiempo de estancia, los aspectos relacionados con la calidad asistencial (asistencia a los familiares y utilización de analgesia o sedación en los enfermos) y la aparición de problemas o conflictos.

Una vez obtenidos los resultados, desarrollamos un protocolo de RTSV, que contempla los aspectos más importantes, según nuestros hallazgos, en la toma de decisiones al final de la vida.

Resultados

En el periodo estudiado se realizaron un total de 58 limitaciones del esfuerzo terapéutico (un 6% de los ingresos y un 40.8% de los éxitos). El problema más frecuentemente detectado (27.6% de las RTSV) fue la prolongación de la agonía de los enfermos. La discrepancia entre el equipo médico alargaba el tiempo de estancia. En un 46.6% de los casos de RTSV, ésta se realizó mediante un consenso entre médicos del servicio y enfermería. La realización de este consenso aumentó de forma estadísticamente significativa el registro en la historia de las decisiones tomadas y podría acortar (no se alcanzó significación estadística) el tiempo de estancia de estos enfermos. La sedación o la analgesia no aceleraron el proceso de la muerte.

Discusión y conclusiones

Una vez realizada la recogida de datos en el periodo observacional y en base al

resultado de su análisis, las opiniones recogidas de los miembros del servicio y la bibliografía consultada, se ha desarrollado un protocolo, que contempla los aspectos fundamentales a tener en cuenta: la realización de una sesión de RTSV, de tal modo que se llegue a la decisión de forma conjunta, por los miembros del equipo médico, enfermeros y conociendo la voluntad del paciente y de su familia; el registro en la historia clínica de la decisión adoptada; el tratamiento paliativo adecuado; y una atención apropiada a los familiares del enfermo.

Bibliografía

- Iceta Gavicagogeascoa M. *Futilidad y toma de decisiones en medicina paliativa*. Monte de Piedad y Caja de Ahorros de Córdoba. 1999.
- Sprung CL, Woodcock T, Sjokvist P, Ricou B, Bulow HH, Lippert A, et al. *Reasons, considerations, difficulties and documentation of end-of-life decisions in European intensive care units: the ETHICUS Study*. Intensive Care Med. 2008, 34: 271-277.
- Truog RD, Campbell ML, Curtis JR, Haas CE, Luce JM, Rubenfeld GD, et al. *Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: a consensus statement by the American College [corrected] of Critical Care Medicine*. Crit Care Med. 2008, 36 (3): 953-963.

CUIDADOS PALIATIVOS EN NEONATOLOGÍA

Sandra Romero Casado, Lidia Tripiana Cívico, Gloria Rodríguez Marín

Facultad de Enfermería, Universidad de Córdoba.

n02rocas@uco.es

Introducción

Los avances en perinatología no consiguen erradicar los problemas éticos. En cuanto a la intervención de neonatos, establecemos los casos de: prematuros extremos, neonatos defectuosos (con malformaciones graves) y neonatos en coma (asfixia). La lucha que se establece en la decisión de quién emite el juicio de mala calidad de vida, ¿viene de mano de los médicos o padres del niño? ¿Cuál es el papel del personal sanitario?

Material y Métodos

El estudio se realizó en la Facultad de Enfermería de Córdoba. Se trata de un trabajo de investigación, con ayuda de libros y soporte informático, basado en la búsqueda de artículos relacionados con el tema a tratar.

Resultados

Encontramos que alrededor de un 20-30% de neonatos con riesgo provienen de embarazos y partos aparentemente normales y, que en el caso de que sobre-

vivan, hay que tener en cuenta si tendrán incapacidades o vivirán con normalidad. El peso y la edad gestacional son los factores que más intervienen en la decisión de reanimación. En cualquier caso, los recién nacidos tienen derecho a morir con dignidad, sin intervenciones médicas, según la opinión de sus padres y la supervisión del personal sanitario al cargo.

Discusión

¿Quién emite el juicio de mala calidad? Se ha llegado a un consenso en el que se toman excepciones para no tratar al neonato: cuando se está muriendo, el tratamiento está contraindicado o cuando mantenerlo con vida es peor que su muerte precoz. Si la intervención requiere medidas heroicas terapéuticas casi imposibles, no se reanimará. En cualquier caso, muchas veces se trata de elegir entre una vida con déficit o la ausencia de vida.

Intentaremos por todos los medios que la decisión definitiva sobre el tratamiento se adopte de común acuerdo entre padres y el equipo médico, a propuesta del último. En ningún caso se plantearan

tratamientos que lleven a provocar la muerte (eutanasia).

El trabajo de Enfermería supone la mayor parte del apoyo en UCIN tanto en

los cuidados al neonato como a su familia y ante el caso de fallecimiento.

AVANCE DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN ESPAÑA DURANTE LA PRIMERA DÉCADA DEL SIGLO XXI

María Elena Sánchez Gutiérrez
Valladolid. elenasz13@yahoo.es

Introducción

En el último decenio hemos asistido a una explosión de «unidades de cuidados paliativos», entendiéndolo por tal desde un médico y un enfermero trabajando a demanda de servicios clínicos en un hospital, a una unidad bien desarrollada y estructurada desde la que se ofrece una atención integral al paciente y a su familia. Sin embargo, la situación actual dista mucho de ser homogénea, y aun hay comunidades autónomas que carecen de camas o equipos o unidades suficientes para ofrecer un buen servicio.

Objetivo

El objetivo de esta comunicación es dar a conocer la evolución y aumento de recursos destinados a Cuidados Paliativos (CP) en el conjunto de las comunidades autónomas (CCAA) de España en los diez primeros años del siglo actual.

Material y método

Se ha recurrido a la información suministrada por la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), así como documentos publicados por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (MS). Se han elaborado una serie de tablas comparativas que permiten visualizar esta evolución —desde el año 2000 hasta el año 2009— y advertir el gran número de siglas que se han instaurado en el entorno de los CP, así como la gran variedad de estructuras que se dedican a estos cuidados. Se hace una aproximación a las necesidades en CP a partir de las recomendaciones que han hecho tanto la OMS, la Comunidad Europea y el Ministerio de Sanidad español.

Resultados y discusión

A partir de los datos aportados por los sucesivos documentos del MS hemos

podido evaluar no solamente la variación en número de recursos sino el tipo de los mismos. En el total del ámbito estatal, ha habido un aumento en el número de recursos en CP que van de 241 en el año 2000 a 417 en el 2009, incluidos aquí todo tipo de unidades: domiciliarias, hospitalarias, mixtas... Desglosado por CCAA el incremento ha sido muy variable, no alcanzando, por ejemplo, la recomendación que hace el MS de 8 camas por 100.000 habitantes destinadas a CP tanto crónicos como agudos, salvo la CA de Aragón que, según nuestros datos, alcanzaba en 2009 el objetivo. En alguna CA no disponen de camas para CP y en otras el número de camas y de dispositivos es muy deficiente. En general la mayoría de los recursos son de ámbito público y se mantienen muy apreciablemente los aportados por la Asociación Española de Lucha contra el Cáncer (AECC) que fue tal vez la institución que se mostró mas receptiva y

colaboradora desde un principio. Haciendo una estimación de necesidades en CP en función de la población susceptible de ser atendida, ni es uniforme ni suficiente el número de recursos. Tampoco el nivel docente parece adecuado a la complejidad de los CP, sigue sin ser asignatura en la mayoría de las facultades de ciencias de la salud, incluidas aquí todas las instituciones docentes que forman a profesionales en salud.

Conclusiones

Es necesario mantener el interés y empeño por a) crear más unidades de cuidados paliativos, b) ofrecer una formación homogénea y regulada, c) estimular la investigación en la atención a los pacientes terminales; en definitiva, aumentar la cantidad y la calidad de los equipos y las unidades de cuidados paliativos.

EL RECONOCIMIENTO DE LA NATURALEZA Y DIGNIDAD HUMANAS EN EL ENFERMO EN FASE TERMINAL A TRAVÉS DE LA MEDICINA PALIATIVA

Emilio García Sánchez

Universidad CEU Cardenal Herrera - Valencia

emilio.garcia@uch.ceu.es

Tef: 96 139 0973; Tef móvil: 663649178

Introducción

El núcleo o marco teórico de esta investigación bioética consiste en proponer vías o modos para llevar a cabo la recuperación específica **del contenido esencial del concepto de Naturaleza** —naturaleza humana— y **Dignidad** en el campo de las ciencias biomédicas y más concretamente en la fundamentación bioética. Se constata en la actualidad que en esos dos ámbitos se ha producido una pulverización crítica de los dos conceptos de estudio —inseparables entre sí—, generándose graves dificultades en la resolución de conflictos éticos que actualmente plantean las ciencias biomédicas y la biotecnología. El doble concepto Naturaleza/dignidad resulta ser del todo necesario para alcanzar una correcta fundamentación bioética que haga desaparecer ambigüedades en el respeto incondicional de la vida humana en cualquiera de sus fases. Una de

las vías o modos que se sugiere para la recuperación de estos conceptos —que constituiría la aplicación práctica de la investigación— es la medicina paliativa y concretamente el modo en cómo en esa área médica es tratado el ser humano enfermo que ese encuentra en una fase crítica de su vida.

Material y métodos

Para la elaboración de este trabajo o línea de investigación se han analizado por una parte diversos textos de fundamentación bioética en los que se define y se estudia la crisis actual del concepto naturaleza y dignidad. Al mismo tiempo que se analizan las causas se estudian alternativas o vías de salida a esta crisis conceptual. Tras este primer análisis de fundamentación, la investigación se centra propiamente en la aportación de los cuidados paliativos como vía suge-

rente de rescate de la naturaleza y de la dignidad en el enfermo mismo —como persona individual— y en la familia y en el equipo médico, y en general en las ciencias biomédicas. Se han seguido estudios de especialistas en paliativos, tanto en primer lugar de los propios impulsores de este área médica —como la doctora Saunders, iniciadora del movimiento hospice— así como de continuadores de estos cuidados que han ido implantado estas áreas en centros hospitalarios en donde aún no existía un desarrollo del área o departamento de cuidados paliativos.

Resultados y discusión

Se están observando actualmente óptimos resultados en la dignificación de los enfermos que se encuentran en fase terminal porque a través de los cuidados especializados de paliativos se logra —de un nuevo modo— que el enfermo, su familia y el equipo médico multidisciplinar reconozcan y asuman la existencia específica de una naturaleza humana en plenitud — y por tanto plena también en dignidad— en ese momento final de la vida. Muchos enfermos cuando son tratados con respeto y cuidado en esa precaria situación experimentan un cambio considerable en la percepción que ellos mismos tienen sobre su humanidad, terminando por reconocer que son seres humanos vivos que no han dejado de serlo y que por tanto exigen y merecen un respeto y cuidados incondicionales. Inicialmente se comprueba que una de las fases afectivas críticas por las que suele atravesar el enfermo en esta

fase de deterioro físico y de aparición de síntomas refractarios, es la creciente deformación sobre su imagen corporal. Algunos enfermos pueden llegar incluso a verse asaltados por una visión degradante sobre su propia vida humana que le puede conducir a la negación personal de su dignidad. En esta situación es cuando algunos de ellos pueden llegar a desear de modo estresante la muerte. Es precisamente en este crítico momento cuando resulta del todo decisiva la urgente intervención del equipo médico de paliativos, más la familia, que acudirán en ayuda del enfermo para conseguir no solamente paliar en lo posible el dolor físico, sino también y yendo más allá de lo estrictamente fisiológico intentar que el enfermo recupere la percepción de su naturaleza humana digna y que su deseo de morir sea suplantado por el de vivir.

Conclusiones

En definitiva no obtenemos resultados propiamente sobre los procesos fisiológicos y moleculares implicados en la fase final de una enfermedad que acaba en la muerte, ni incluso se aportan resultados específicamente técnicos sobre la paliación del dolor. Se ofrecen principalmente resultados éticos-antropológicos que ayudan a entender con cierta profundidad por un lado lo que experimenta el enfermo en esa situación de degradación física y final de la enfermedad, y por otro cómo los cuidados paliativos ayudan objetivamente a recuperar con eficacia el reconocimiento de la dignidad adscrita a una naturaleza humana que sigue viva.

Observamos que cuando se desarrollan con profesionalidad y ética los cuidados paliativos ni el enfermo solicita la muerte ni el equipo médico ni la familia la sugiere o se la brinda.

De modo justificado se demuestra que desde este ámbito específico de la medicina paliativa puede resultar más fácil aunar a otros muchos actores biomédicos y sociales en torno a un mismo concepto de naturaleza y dignidad humanas, y desde este trampolín alcanzar el respeto incondicional de la vida del hombre desde su origen hasta el final.

Bibliografía

Centeno Cortés, C., - Muñoz Sánchez, D.,
Cuidados paliativos, respuesta bioética

de la medicina a la situación terminal. p. 179, en Tomás y Garrido, G., *La bioética: un compromiso existencial y específico; III. La Bioética en ámbitos específicos.* Universidad Católica San Antonio, Quaderna Editorial, Murcia 2006.

Herranz, G., *Eutanasia y dignidad del morir,* en *Vivir y Morir con dignidad,* Eunsa, enero 2002.

Du Boulay, S., Rankin M., Saunders C., *The Founder of the Modern Hospice Movement.* London: Society for Promotion Christian Knowledge, 2007.

Du Boulay, S., Cicely Saunders. Palabra 2011.

OBJECCIONES CON EL DOCUMENTO SOBRE ASPECTOS ÉTICOS EN NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN DE LA ASOCIACIÓN AMERICANA DE PEDIATRÍA (PEDIATRICS 2009; 124: 813-22)

José Manuel Moreno Villares

*Unidad de Nutrición Clínica. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid
Carretera de Andalucía km 5,400. 28041 Madrid
jmoreno.hdoc@salud.madrid.org*

Introducción

El Comité de Bioética de la Academia Americana de Pediatría publicó un documento de posicionamiento sobre los aspectos éticos del soporte nutricional en niños en el que se concluía que la retirada de la hidratación o la nutrición artificial en el paciente pediátrico es éticamente aceptable en determinadas circunstancias y que actualiza el documento de 1994.

Los miembros del comité reconocen la dificultad en la toma de decisiones en gran parte debido a la fuerte carga emocional y el simbolismo que tiene la alimentación en el niño. El documento se fundamenta en el posicionamiento del Colegio Americano de Médicos que considera que la administración artificial de líquidos y nutrientes es un tratamiento

médico y está sujeto a los mismos principios en la toma de decisiones que otras intervenciones médicas (balance riesgos/beneficios).

Material y métodos

Revisamos las consideraciones descritas en el documento para situaciones clínicas concretas bajo la perspectiva de la medicina europea y una ética mediterránea.

Resultados

Reafirman la obligación de proporcionar líquidos y alimentos por vía oral a cualquier paciente pediátrico que presente sed o hambre, mientras no esté médicamente contraindicado.

El documento enfatiza que el soporte nutricional (administración de líquidos o nutrientes a través de un dispositivo médico) es distinto de comida y bebida. Sin embargo, existen situaciones por ejemplo la alimentación de prematuros de < 32-34 semanas en quienes no está presente una succión-deglución eficiente en que únicamente puede realizarse a través de una sonda, considerándose pues como un cuidado.

La última parte del documento se destina a analizar situaciones clínicas concretas en las que puede no estar indicado iniciar o mantener el soporte nutricional:

- daño cerebral profundo congénito o adquirido
- estado vegetativo persistente/estado de mínimo nivel de consciencia
- fracaso intestinal permanente
- cardiopatías congénitas complejas

Críticas

1. Las dos primeras consideraciones se basan en el criterio de que cuando no existe capacidad de relación o está profundamente mermada el soporte nutricional puede suponer una carga superior a los beneficios. Esta afirmación se basa erróneamente en la «carga» que supone el soporte nutricional y en la consideración de qué se considera como vida digna.

2. Con respecto a las dos últimas, la crítica se centra en que ambos supuestos están lejos de los avances científicos de los últimos veinte años (nutrición parenteral domiciliaria o trasplante intestinal para el caso del fracaso intestinal y la cirugía correctora o paliativa desde el periodo neonatal o el trasplante cardíaco para las cardiopatías congénitas complejas).

PROMOCIÓN DE LA SALUD SEXUAL EN EL AULA DESDE LA FARMACIA: INTERVENCIÓN EN LA SEGUNDA ETAPA DE LA ESO

Pablo Pascual Villoria

Farmacia Comunitaria Pascual. Toledo. pablopascualfarma@hotmail.com

Introducción

Bergson acuñó la expresión *sociedad afrodisíaca* para definir las culturas de consumo sexual que dificultan la actuación educativa. En las culturas de la imagen se potencian reacciones más o menos instintivas, sensaciones, emociones o deseos. Suplantado el ideal educativo por la consecución del deseo inmediato, el principio de superación se ve desplazado por el principio de no frustración, que favorece la indolencia, la pasividad y la inmadurez. El adolescente lucha contra acuciantes fuerzas instintivas y también contra tiránicas influencias del medio ambiente que propugnan tipos de conducta que tocan la esfera más íntima de la personalidad. En la actualidad, el estallido de los impulsos eróticos deriva más de *factores socioculturales* que de factores fisiológicos. Corresponde a los profesionales interpretar para la integrarla en el propio quehacer, la norma actual; la LO 2/2010 de salud sexual propugna: «El sistema educativo contemplará la formación en

salud sexual y reproductiva como parte del desarrollo integral de la personalidad y de la formación en valores, incluyendo un enfoque integral que contribuya a: 1. Una visión de la sexualidad en términos de igualdad y corresponsabilidad entre hombres y mujeres. 2. El reconocimiento y la aceptación de la diversidad sexual. 3. El desarrollo armónico de la sexualidad acorde con las características de los jóvenes. La prevención de ITS especialmente la prevención del VIH. La prevención de embarazos no deseados». Participando en la tarea educativa nos proponemos invertir la terca realidad de «llegar mal porque llegamos tarde» previniendo una buena colección de Problemas de Salud Sexual (PSS).

Material y métodos

La intervención se ha realizado en adolescentes de la segunda etapa de la ESO (14-16 años). Dos colegios públicos nos han recibido: 8 aulas de 3º ESO y 4 de 4º ESO, con unos 20 alumnos por aula.

Nos proponemos que la presentación sea clara (entendible), suficiente, normalizada (con criterios comunes), fiable (ajustada a la realidad), significativa (relevante) y oportuna (tiempo y lugar). Nuestra acción educativa consta de cinco sesiones, de forma quincenal, de forma que damos tiempo a asentar conocimientos y también a que las chicas tengan ocasión de reconocer su fertilidad a lo largo de dos ciclos. La fertilidad no es un enemigo que reprimir, sí un valor que integrar y sólo vivir el amor da sentido a la vida (diferenciándolo de sucedáneos). Reconocer la fertilidad supone promover en el aula educación diferenciada. Han colaborado voluntarios formados ad hoc: una psicóloga y madres de familia (jueza, enfermera, economista, auxiliar de farmacia), opositor notaría. A una **Sesión introductoria** (presentación de nuestro programa CIRCE: Cultura, Identidad, Respeto y Conocimiento Emocional) han seguido cuatro más: **Área anatomofisiológica. I. Somos personas sexuadas. El cerebro, primer órgano sexual.** Bases anatomo-fisiológicas. Sexo cromosómico, gonadal, hormonal, psicológico. De macho y hembra a hombre y mujer. El origen de la vida humana: la concepción. PSS: Contracepción, ACO y preservativo. Registros: (ciclo ovulatorio y ciclo de testosterona). **Área antropológica. II Una antropología razonable. Nacidos para el amor.** Las bases de la personalidad. Inteligencia emocional. Compromiso y maduración. PSS: Desarréglos afectivos. ETS-Sida. Esterilidad. **Área de desarrollo personal. III. En busca de mi identidad. Rebelde con causa.** La autoestima como

logro. Los valores de autonomía, ecología, autocontrol, autoconocimiento. PSS: Alcohólico y drogas. Promiscuidad. Homosexualidad, lesbianismo, masturbación. **Área sociocultural. IV. Los persuasores ocultos. El verdadero amor sabe esperar.** Algunos rasgos de nuestra cultura. Hedonismo y consumismo. Infantilismo y victimización. Revolución sexual. Anticoncepción y aborto. Diferenciar ley y derecho. PSS: Erotismo y pornografía.

Resultados

Los alumnos respondieron positivamente en términos de: interés, participación en el aula, conversaciones con amigos y familiares fuera del aula, interés por unirse a nuestro voluntariado en salud, valoración del curso por parte de los tutores... Las intervenciones en las que medió educación diferenciada (reconocimiento de la propia fertilidad-chicas y control del impulso sexual-chicos) tuvieron buena aceptación.

Discusión

La salud sexual se ha convertido hoy en objetivo prioritario de la salud pública, tema controvertido, habitualmente mal planteado y peor difundido, no logrando disminuir las tasas de embarazo/aborto. El derecho de los padres a educar se ha visto reforzado recientemente por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos: «El indiscutible derecho de los padres...la educación sexual debe ser «objetiva y científica...excluyendo toda tendencia al adoctrinamiento...

no debiendo exaltar el sexo ni incitar a los alumnos a dedicarse precozmente a prácticas peligrosas para su equilibrio, su salud o su futuro».

Conclusiones

Occidente parece inclinarse cada vez más por el enfoque sanitarista: más que curar se trata de controlar (*reducción de daños*). Centran su atención en la sustancia cuando el problema está en el sujeto.

Bibliografía

Klaus H; Kardatzke D. Teen Star (Sexuality Teaching in the Contest of Adult Responsibility). *Experiential learning of fertility delays teen sexual debut. Natural Fam Planning*. Dec. 1990; 35-38.

LO 2/2010 de 3 de marzo de salud sexual y reproductiva. BOE 4/3/2010.

TEDH (Sentencia de 25/5/2000; Asunto Jiménez).

INFLUENCIA DEL MANIFIESTO DE MADRID SOBRE EL CRITERIO ABORTIVO DEL ALUMNADO DE SECUNDARIA: BIOÉTICA Y AULA

Dr. Carlos Valiente-Barroso

Dpto. Psicología Básica II — Procesos Cognitivos.

Universidad Complutense de Madrid

Dpto. de Religión- Dpto. de Atención a la Diversidad. Colegio Antares. Reinosa

Dirección: C/ Gral. Dávila 224-E, 3ºB. 39006 Santander (Cantabria)

E-mail: carlosvbsiete@hotmail.com

Introducción

El Manifiesto de Madrid constituye una declaración que, actualmente apoyada por más de 2000 científicos, académicos e intelectuales de nuestro país, y secundado por algunos colegios oficiales profesionales, fue presentada en Madrid, el 18 de marzo de 2009, en contraposición a la reforma de legislativa sobre el aborto impulsada por el Gobierno español, con el fin de legalizar el aborto inducido durante las primeras 14 semanas de gestación. Dicho Manifiesto se articula a través de doce postulados, inspirados en argumentos de índole biológica, psicológica y ética, siendo su premisa esencial la taxativa afirmación del comienzo de la vida humana a partir de la gestación, y, como consecuencia, la necesaria consideración

de este postulado para cualquier reforma legislativa relacionada.

Materiales y Métodos

El estudio fue realizado entre los alumnos de secundaria (N= 48), en un colegio concertado laico, situado en una pequeña localidad industrial y de servicios, perteneciente a la Comunidad Autónoma de Cantabria. Dentro del ámbito de las clases, los alumnos leyeron y reflexionaron, personalmente, el texto del Manifiesto de Madrid, con la sola exclusión de la referencia al grupo político promotor de la ley, con el fin de no condicionar posturas *a priori*, potencialmente inducibles por sesgos o posicionamientos ideológicos personales y/o familiares. Con el fin de recabar la información

deseada, se les aplicó un cuestionario elaborado *ad hoc* que, compuesto de 11 preguntas y articulado mediante una escala tipo Likert, pretendió constatar la repercusión que el Manifiesto podría implicar sobre el criterio de los alumnos respecto del aborto.

Resultados

Los datos recogidos en este alumnado, y el subsiguiente análisis cuantitativo y cualitativo, ponen de manifiesto el carácter novedoso tanto de la existencia de esta declaración como de algunos de sus contenidos específicos, resultando más impactante para los integrantes de cursos inferiores, así como para los varones. Excepcionalmente, el descubrimiento de la existencia del Síndrome Postaborto, supone una mayor repercusión en los alumnos mayores de ambos sexos. Respecto de éstos, también aparece la ponderación de su fundamentación en datos científicos, ausente en los de menor edad. Por otra parte, la muestra se postula ma-

yoritariamente a favor respecto de lo que expresa y defiende globalmente el Manifiesto, descendiendo sensiblemente su adhesión en el sector de chicas de mayor edad. Podemos afirmar que no modifica el criterio del alumnado ya posicionado, en cualquiera de los extremos, aunque, no obstante, propende a posicionar en contra del aborto al sector que, aún, carecía de opinión al respecto o contemplaba el fenómeno con ambigüedad.

Conclusiones

El Manifiesto de Madrid representa un documento con potencialidad para formar y/o influir en los criterios y valoraciones del alumnado de enseñanza secundaria respecto al fenómeno del aborto, con sensibles matizaciones asociadas a las variables 'sexo' y 'edad', constituyendo, a su vez, un adecuado material didáctico para el debate y discusión pedagógicos en la iniciación de los adolescentes a la reflexión bioética.

¿QUÉ EFECTOS VALORAN COMO IMPORTANTES LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS DURANTE EL PROCESO DE LA ENFERMEDAD?

M^a Soledad Canora Agüero

*Hospital de Día de Oncología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.
solcanora@telefonica.net*

Introducción

Una de las funciones de la enfermera en el Hospital de día es informar a los pacientes sobre los efectos secundarios de la quimioterapia, enseñando los cuidados para paliarlos. Estos conocimientos a los enfermos les da seguridad, facilita la comunicación terapéutica con la enfermera y les ayuda en el afrontamiento del proceso de la enfermedad y la implicación en el autocuidado.

En la relación interpersonal con los pacientes, con frecuencia expresan las reflexiones personales que se hacen durante el período de tratamiento con quimioterapia y este ha sido el móvil que nos ha llevado a explorar sus percepciones y vivencias.

Nos ha ayudado a descubrir un nuevo aspecto, que consideramos debe ser incluido en la educación sanitaria que realizamos actualmente. Centramos la

información en los cambios que produce la enfermedad a nivel biológico, obviando los cambios importantes y más relevantes para el paciente, que se producen en la esfera emocional, en el cambio de roles y en la esfera espiritual.

Material y métodos

Se ha realizado un análisis de contenido de 150 entrevistas abiertas, no grabadas, hechas a pacientes de ambos sexos, que están actualmente en programa de quimioterapia en el Hospital de día, con una edad media de 45 años.

Hemos agrupado las respuestas en 3 áreas:

- Rol-relaciones: entre los miembros de la familia, amigos y equipo sanitario
- Como perciben los pacientes su calidad de vida diaria
- La influencia de la enfermedad en la mejora personal

Resultados

Todos los pacientes de forma unánime han expresado que han percibido cambios que les han ayudado a afrontar y mejorar en el proceso de la enfermedad.

1. Rol-Relaciones: los pacientes refieren mejoría en las relaciones familiares.
2. Calidad de vida diaria: Han aprendido a vivir el día a día, integrando las limitaciones que conlleva la enfermedad, sin añorar lo que no pueden hacer, disfrutando de lo que hacen.
3. Mejora personal: Los pacientes entrevistados han percibido un cambio en

jerarquía de valores y desarrollo de actitudes que les enriquecen como personas, por ejemplo, no ser el centro del entorno familiar y salir de sí mismos pensando en los demás, comprensión etc.

Conclusiones

Pensamos que se debe ampliar el programa de educación sanitaria que actualmente realizamos al paciente oncológico, proporcionando una información integral que abarque aspectos emocionales, sociales y espirituales.

LA ÉTICA DEL CUIDAR: UNA VISIÓN DESDE ARISTÓTELES

Laura Martínez Rodríguez,
Campus Docent Sant Joan de Déu
Santa Rosa, 39-57
08950 - Esplugues
lmartinez@santjoandedeu.edu.es

Introducción

Cuando hablamos de una ética del cuidar damos por supuesto que existe un proceso de reflexión y razonamiento sobre las cuestiones morales que afectan al personal sanitario, y que éste, en base a dicha reflexión, toma una serie de decisiones respecto a los cuidados a administrar al paciente, teniendo en cuenta el horizonte de la felicidad y vida buena que éste persigue.

Objetivo

Lo que esta investigación propone es fundamentar el ejercicio enfermero, recuperando una visión Aristotélica de las virtudes intelectuales, a través de un proceso deliberativo sobre las acciones que lleva acabo el profesional de enfermería en los cuidados a los pacientes.

Método

A través del análisis del capítulo II de la Ética a Nicómaco, se propone un proceso de deliberación respecto a las decisiones que debe tomar enfermería y que permite elegir lo más propicio, descartando lo que no se puede llevar a la praxis, y siendo responsable único e inmediato de acción.

Elegir bien es una virtud. Para Aristóteles las virtudes intelectuales nos posibilitan elegir bien, perfeccionan el conocimiento y se adquieren por la enseñanza. Son cinco, tres relacionadas con el saber teórico: intelecto (nous), sabiduría (sophia), ciencia (episteme), y dos relacionadas con el saber práctico: arte (tékhne) y prudencia (phronesis). Si nos preguntamos acerca de cómo estamos resolviendo cada una de estas virtudes nos preguntamos sobre cómo debe actuar un buen profesional de la enfermería.

Discusión

Responder a ¿qué vamos a hacer con la persona enferma? La respuesta es «lo correcto». Y ¿qué es lo correcto? Lo correcto es la aplicación en su justa medida de todas las virtudes dianoéticas leídas a raíz de los principios.

Conclusión

La ética del cuidar no consiste en la aplicación directa de unos principios, sino que tiene una labor de orientación que nos obliga en todas las situaciones que vivimos como profesionales a buscar la decisión correcta para con el paciente.

DESTINATARIOS DE LA REMUNERACIÓN ECONÓMICA DE LOS ENSAYOS CLÍNICOS REALIZADOS EN ESPAÑA

Eduardo González Zorzano, José López Guzmán

*Departamento de Humanidades Biomédicas. Facultad de Medicina.
Universidad de Navarra. Pamplona.*

*Departamento de Humanidades Biomédicas. Universidad de Navarra.
C/Irunlarrea s/n. 31008 Pamplona (Navarra);
egzorzano@gmail.com*

Introducción

El artículo 30 del Real Decreto 223/2004⁽¹⁾ menciona que todos los aspectos económicos relacionados con el ensayo clínico (EC) quedarán reflejados en un contrato entre el promotor y cada uno de los centros, sin delimitar el contenido de las obligaciones de cada una de las partes. Esta indeterminación puede retrasar los plazos de aprobación e inicio de un EC en nuestro país y generar una elevada heterogeneidad que, desde un punto de vista ético, puede crear conflictos de intereses⁽²⁾ y desigualdades entre los centros participantes. El presente trabajo analiza el grado de homogeneidad de los datos sobre la remuneración económica a los investigadores participantes en un EC.

Material y métodos

Se ha analizado, mediante un auto-cuestionario, la memoria económica de los contratos de 40 centros sanitarios y públicos seleccionados al azar. Todas las Comunidades Autónomas están representadas, incluyendo las nueve que disponen de un modelo de contrato único.

Resultados

En el 97,5% de los casos, el investigador principal o su equipo son los destinatarios principales de la remuneración. Sólo en un centro privado, el equipo investigador no recibió ninguna cantidad económica. El porcentaje medio percibido es del 64,4%. En los centros públicos el porcentaje mínimo pactado es del 40% y

el máximo del 90%, no llegando al 50% en los privados. El porcentaje económico que reciben los investigadores es estadísticamente superior en los centros públicos que en los centros privados ($p=0,021$).

Discusión

En la mitad de los centros el porcentaje final no está fijado en los contratos y depende de la negociación que realicen el centro y el promotor. Esta desigualdad, puede provocar que en un mismo EC haya investigadores principales de diferentes centros que no reciban la misma retribución por su trabajo, generándose por lo tanto desigualdades entre los centros participantes.

Conclusiones

Existe una elevada heterogeneidad en la remuneración económica entre los centros participantes. La implantación de un modelo de contrato único disminuiría las desigualdades entre centros, los conflictos de intereses e incrementaría la transparencia y la calidad de los EC.

Referencias

- (1) Real Decreto 223/2004, de 6 de febrero, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos. BOE n.º 33, 7 de febrero de 2004. p. 5429-43.
- (2) López Guzmán J. Ética en la Industria Farmacéutica: entre la economía y la salud. Pamplona: EUNSA 2005; 134-5.

CORPOREIDAD, UNA APROXIMACIÓN A LA ATENCIÓN INTEGRAL

María Victoria Roqué Sánchez

vroque@csc.uic.es

María Ángeles de Juan Pardo

mdejuan@csc.uic.es

*Universitat Internacional de Catalunya.
Campus Sant Cugat. Josep Trueta s/n. 08195.
San Cugat del Vallés. Barcelona*

Introducción

Este trabajo es una reflexión acerca de algunas de las propuestas actuales que promueven la atención integral en el trato ordinario con el paciente. En concreto, la consideración de una nueva mirada al cuerpo —a la luz de la fenomenología de la corporeidad— que habla del cuerpo como sujeto, poniendo de manifiesto la unidad de la persona en todas sus dimensiones (Russo, 2004). Ante la visión naturalista que considera el cuerpo como mero organismo u objeto, por tanto manipulable, se reconoce el cuerpo como «sujeto» y se considera su relación con el mundo vivido (Wilde, 1999).

Desarrollo

Tras una revisión bibliográfica se abordan los principales aspectos considerados

en la fenomenología de la corporeidad: la percepción a través del cuerpo, y cómo las distintas situaciones —enfermedad, vejez, etc.—, pueden afectar a esta percepción; la corporeidad en las relaciones interpersonales y las implicaciones éticas. Saber reconocer la corporeidad desde la unidad de la persona tiene múltiples consecuencias en el cuidado diario de la profesión de enfermería.

Bibliografía

- Russo, M. T. (2004). *Corpo, Salute, Cura: Linee Di Antropologia Biomedica*. Soveria Mannelli (Catanzaro): Rubbettino.
- Wilde, M. H. (1999). Why embodiment now? *ANS. Advances in Nursing Science*, 22(2), 25-38.

LA NEUROÉTICA COMO ÉTICA DE UNA NUEVA EVOLUCIÓN

M^a Carmen Ballester Zapata, Juan Antonio Marín Martínez
Universidad Católica de Murcia. Monasterio Los Jerónimos.
30107 Guadalupe.
mcballester@pdi.ucam.edu. juanantmarín@pdi.ucam.edu

El espacio entre la ciencia-ficción y lo que realmente es posible se ha reducido de forma espectacular, la posibilidad de mejorar en las capacidades humanas está cada vez más cerca, gracias al avance de las Neurociencias y a la tecnología que desarrollan; así pues, en unos años cualquiera de nosotros, a través de la Neuroquímica, o a través de sensores instalados en el cerebro, podrá disfrutar y operar con capacidades hasta ahora sobrehumanas. ¿Qué dice al respecto la Neuroética? Esta es la ciencia que según la clásica definición aportada por Safire se ocupa del *examen de lo que es correcto o incorrecto, bueno o malo, acerca del tratamiento, perfeccionamiento, invasiones o manipulaciones del cerebro humano*⁽¹⁾.

Al revisar las investigaciones y aplicaciones tecnológicas de Kevin Warwick, ingeniero y profesor de Cibernética en la Universidad *Reading* (Reino Unido), encontramos dichas conexiones neurológicas entre el hombre y las máquinas. De hecho, él mismo describe su actividad en

su libro *I, Cyborg* como «la extraordinaria historia de mi aventura como el primer ser humano que entra en un mundo cibernético»⁽²⁾.

Frente a estos progresos, se muestra como actitud prudente aquella que parte de la reconocida ambigüedad de la Neuroética⁽³⁾, manifestada a lo largo de su desarrollo. A esta ambigüedad se añade que en el momento actual, antes de saber qué somos (o sea, incluso antes de que las Neurociencias tengan conocimiento de hasta qué punto las características de nuestro «ser personal» responden a cuestiones fisiológicas), ya podemos mejorarnos hasta límites inimaginables hace unas décadas. La Neuroética tiene «deberes» nuevos, en el sentido de que modificar el cerebro supone modificar lo más íntimo, nuestro sentido del yo, nuestra consciencia, la experiencia de nosotros mismos.

Ante las tecnologías expuestas, ¿dónde quedan marcados los límites de la intimidad? Por otro lado, ¿superarán estos

implantes neurológicos el componente emocional de nuestras decisiones, y nos harán más autónomos o, por el contrario, aumentarán nuestros condicionamientos? ¿Se apunta a una sociedad con criterios neurocientíficos para el establecimiento de sus clases sociales, con seres humanos de primera y segunda clase?

La Neuroética deberá acompañar al hombre en esta nueva evolución cyborg, preservando todo aquello que es peculiar y propio de la naturaleza humana.

Referencias

- (1) Safire, W., «Visions for a New Field of «Neuroethics», en Marcus, S. J. (ed.), *Neuroethics. Mapping the Field*, The Dana Press, New York, 2002, pp. 3-9.
- (2) <http://www.scientificamerican.com/article.cfm?id=cyborg-10>, Consulta [27/5/2011]
- (3) De esta ambigüedad habló el profesor S. Sánchez-Migallón, en las *Jornadas de Bioética*, UCAM 2011.

LOS ANTROPOSISTEMAS EN EL CONTEXTO DE LA ÉTICA AMBIENTAL O ECOÉTICA

Juan Antonio Marín Martínez, M^a Carmen Ballester Zapata
Universidad Católica de Murcia. Monasterio Los Jerónimos.
30107 Guadalupe.
juanantmarín@pdi.ucam.edu , mcballester@pdi.ucam.edu

Desde que Haeckel en 1886 acuña el término ecología, con idea de definir la ciencia que estudia las relaciones de los seres vivos con su ambiente hasta el presente, las cuestiones ambientales han alcanzado un puesto de máxima influencia en la sociedad.

En la década de los 70 se estructura y sistematiza una ética especial enfocada en la argumentación moral acerca de las relaciones del ser humano con su entorno natural. A esta disciplina se le denominó *Ética Ambiental* para distinguirla de la también naciente *Bioética* (término ideado por el oncólogo Potter). En la actualidad algunos autores la denominan *Ecoética*⁽¹⁾.

El desarrollo de la ética ambiental ha puesto bajo sospecha, en algunos círculos intelectuales, la intervención del hombre en la naturaleza.

Pretendemos mostrar que el ser humano ha ido generando sistemas a lo largo de su evolución cultural que se encuentran en equilibrio con los ecosistemas naturales, a aquellos se les deno-

minan antroposistemas. Lévêque y otros propusieron este nuevo concepto para definir una *unidad estructural y funcional que toma en cuenta las sociedades-medios y que integra sobre un mismo espacio uno o dos subsistemas naturales y uno o dos subsistemas sociales, los cuales evolucionan en forma conjunta durante largo tiempo*⁽²⁾. Un ejemplo de antroposistema lo encontramos en la relación entre la tauromaquia* (manifestación cultural), la ganadería extensiva (actividad socioeconómica) y las dehesas y marismas ganaderas (espacios de alto valor ecológico). Es destacable cómo el filósofo francés Francis Wolf afirma que la tauromaquia es un bien ecológico, refiriéndose a la biodiversidad de las dehesas y las marismas donde el toro de lidia desempeña el papel central⁽³⁾. Este autor reprocha al movimiento antitaurino haber subestimado o negado

* En esta comunicación no pretendemos valorar moralmente la tauromaquia en su relación con el sufrimiento y muerte del toro, ilustrar solamente un ejemplo evidente de antroposistema.

los riesgos ecológicos y medioambientales que implica la abolición de las corridas. Desde nuestra perspectiva la posición de los antitaurinos no valora la actividad de las corridas de toros dentro de un antroposistema concreto que lleva evolucionando paralelo a los ecosistemas naturales durante siglos.

Como conclusión, afirmamos que para evaluar la ética de las intervenciones del hombre en la naturaleza debería confirmarse que estas acciones se sitúan enmarcadas en antroposistemas ya equilibrados con los ecosistemas naturales.

Referencias

- (1) Velayos C., 2008, Ética y cambio climático. Desclée De Brouwer.
- (2) Lévêque Ch., Muxart T., Abbadie L., Weil A. y van der Leeuw S., 2003, L'anthroposystème: entité structurelle et fonctionnelle des interactions sociétés - milieux. In Lévêque Ch. y van der Leeuw S. (ed.) Quelles natures voulons-nous ?, Elsevier, Paris, pp. 110-129.
- (3) Wolff F., 2010, Aspectos ecológicos de la tauromaquia. Bellaterra.

HIJOS DE UN MISMO DIOS: IDEOLOGÍA DE GÉNERO Y TRANSHUMANISMO

Fermín Jesús González-Melado, José Manuel Martínez Guisasola

*Pontificio Instituto Juan Pablo II (Roma) y Universidad Gregoriana de Roma.
Pontificio Colegio Español de Roma, Via di Torre Rossa n. 2, 00165, Roma. Italia
ferminjgm@hotmail.com, jmmguisasola@hotmail.com*

Introducción

La ideología de género y el transhumanismo comparten un mito: el del cyborg. El cyborg supone el nivel que va más allá del género⁽¹⁾. Este mito ha sido recogido por el transhumanismo a través de la búsqueda del posthumano. Son ideologías hijas del mismo mito.

1. La ideología de género

Tiene su origen en la revolución del 68 y tendrá que esperar hasta 1995, con la Conferencia de la Mujer de Pekín, para contar con el reconocimiento oficial, institucional y político, que le permitirá aparecer en la legislación de diversos países europeos. La ideología de género, basada en el *feminismo de la igualdad*, establece la igualdad absoluta entre mujeres y hombres afirmando que las diferencias existentes se deben a factores sociales y no biológicos. La ideología de género propone la desvinculación de la sexualidad de

la naturaleza pues considera que el sexo de un individuo es el resultado de una elaboración social.

2. Transhumanismo (humanity +): la ideología que nos viene

El transhumanismo es «*un movimiento cultural, intelectual y científico, que afirma el deber moral de mejorar la capacidad física y cognitiva de la especie humana y de aplicar las nuevas tecnologías al hombre, de manera que se puedan eliminar los aspectos no deseados y no necesarios de la condición humana como el sufrimiento, la enfermedad, el envejecimiento e incluso, el ser mortales*»⁽²⁾. Los avances científicos y tecnológicos permitirán el paso de la especie humana al posthumano a través de cuatro facetas de la vida humana: la mejora de los hijos, la consecución de rendimiento físico superior, los tratamientos anti-envejecimiento y el uso de fármacos para el bienestar emocional y la consecución de la felicidad.

3. Elementos comunes

Tres son los elementos comunes que descubrimos en las dos ideologías estudiadas: a) la maximización de la libertad frente a la verdad; b) El concepto de naturaleza fluida, c) la transformación de la sociedad y la cultura

4. Conclusión: dos ideologías deshumanizadoras

Su antropología de partida se basa en lo que el profesor Faggioni llama la *naturaleza fluida*⁽³⁾. Los transhumanistas consideran que la naturaleza humana se puede alterar y mejorar, y por tanto no es un *datum* en el ser humano. La ideología de género niega que la sexualidad sea también un *datum*, algo recibido y predeterminado en cada hombre y mujer.

Estas ideologías, además de basarse en presupuestos antropológicos discutibles en el plano teórico y de consecuencias ilícitas en el plano práctico, no son nuevos humanismos postmodernos y laicos como afirman sus defensores, sino verdaderos antihumanismos.

Referencias

- (1) D. Haraway, «A Cyborg Manifesto: Science, Technology, and Socialist-Feminism in the Late Twentieth Century,» en *Simians, Cyborgs and Women: The Reinvention of Nature*, New York; Routledge, 1991, pp. 149-181.
- (2) N. Bostrom, *Intensive Seminar on Transhumanism*. Yale University, 26 Junio 2003.
- (3) Cfr. M.P. Faggioni, «La natura fluida. La sfide dell'ibridazione, della transgenesi, del transumanesimo», en *Studia Moralia* 47/2 (2009) 387- 436, 387.

LA INTEGRACIÓN DEL EQUIPO SANITARIO. EL GRUPO TÉCNICO DE TRABAJO SOBRE PRODUCTOS MILAGRO DE LA COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA

María de Domingo Bartolomé, José López Guzmán
Universidad de Navarra

Uno de los principios sobre los que se apoya la Ley 44/2003, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, es el de integración y cooperación multidisciplinar entre especialistas. Sin embargo, esta colaboración es escasa y muchos de los problemas sanitarios que padece actualmente nuestra sociedad se deben, precisamente, al «desencuentro», o no colaboración, entre los distintos agentes sanitarios. Se trata de una situación que se intenta remediar desde distintos sectores. Sin embargo, no es fácil de solucionar, al menos a corto plazo. Ello es debido a varias razones. Entre ellas cabría señalar el peso de la evolución histórica de cada una de las citadas profesiones, o la existencia de un factor socio-profesional que dificulta la relación horizontal entre los integrantes del equipo sanitario.

La práctica diaria evidencia que cuando se llevan a cabo proyectos de integración de los profesionales los resul-

tados son satisfactorios, ya que permiten mejorar la asistencia sanitaria y la salud pública. Este es el caso, por ejemplo, del Grupo Técnico de Trabajo sobre Productos Milagro (GTTPM) constituido por Orden Foral del Gobierno de Navarra en 2008⁽¹⁾ y promovido tras un curso universitario⁽²⁾. El ámbito universitario propició la integración, en un mismo fin, de la Administración Sanitaria Navarra, los Colegios de Médicos y Farmacéuticos de la Comunidad foral, la distribución farmacéutica y la Universidad de Navarra. Los objetivos principales del GTTPM son conseguir una mayor eficacia de las intervenciones sobre los productos fraudulentos detectados en el mercado, fomentar la colaboración entre profesionales sanitarios, y aumentar la concienciación de los profesionales sobre el problema suscitados por los citados productos.

El GTTPM, en sus tres años de trabajo, ha demostrado que un grupo multidisciplinar, actuando de forma integrada,

aumenta la eficacia en el proceso de detección, evaluación y retirada del mercado de productos milagro. Al mismo tiempo ayuda a concienciar, a todos los agentes implicados, de la necesidad de atajar el problema acarreado por la comercialización de los productos milagros⁽³⁾, y del beneficio del desarrollo de una estrategia conjunta entre los distintos agentes de la salud. En la comunicación que se presenta se exponen los resultados del Grupo de Trabajo y la forma en la que se coordina la actividad multidisciplinar, ofreciendo la iniciativa como un modelo a seguir en

otras comunidades o en otros ámbitos sanitarios.

Referencias

- (1) Orden Foral 32/2008, de 3 de abril.
- (2) López Guzmán J (Ed.). Medicamentos, placebos y fraudes. Jaén: Formación Alcalá, 2008.
- (3) Jiménez E, García P, Martí A, Viamonte MA Grupo técnico de trabajo sobre Productos Milagro (GTPM). Papel del COF de Navarra (COFNA) en su puesta en marcha y funcionamiento. Comunicación en las Jornadas Nacionales de Alimentación, Sevilla, 2010.

¿ESTÁN PREPARADOS LOS RECURSOS ELECTRÓNICOS PARA LA BÚSQUDA DE TEMAS DE BIOÉTICA?

Sonia López Álvarez

*Complejo Hospitalario Universitario de Ourense
sonia.lopez.alvarez@sergas.es*

Introducción

En la era en la que vivimos donde tenemos toda la información al alcance de nuestra mano, y con estas nuevas tecnologías de información y comunicación (TIC), en continuo desarrollo, se han expandido también a los distintos dominios de salud, y en un tema como lo es la bioética también, es por eso que decidimos hacer una búsqueda bibliográfica para saber si los recursos electrónicos de los cuales disponemos están preparados para satisfacer nuestras necesidades de información, eligiendo un tema como el secreto profesional.

Material y Métodos

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica, en las bases de datos disponibles en español. (Lilacs, Cochrane Plus, IBECs, Bioética. programa OPS/OMS, Medline, Dialnet, Cuiden, EMBASE, IBES, IME) El método de búsqueda es por palabras claves.

La estrategia de búsqueda fue introducir las palabras claves e ir observando el número de artículos arrojados en base a la búsqueda, tomando en cuenta todos los textos relacionados con el tema. Se tomaron en cuenta solo los resultados en español, aunque en los buscadores tipo Medline, ISI Web of knowledge y EMBASE, requieren que la búsqueda sea realizada en inglés, aunque el objeto de nuestro estudio son artículos en español, la búsqueda se realiza en inglés.

En el resto de las bases de datos se realizó una búsqueda en español.

La búsqueda se refino a: Idioma: Español y ámbito cronológico: 10 años. (2000-2010).

Palabras en Español: Secreto profesional, Secreto profesional sanitario, confidencialidad e Intimidad. Palabras en Inglés: Secrecy, Health professional secret, Confidentiality, Intimacy.

Resultados

De las 11 bases de datos disponibles y a las cuales nos limitamos, encontramos 2, 581 recursos electrónicos todos específicos en el tema elegido y dentro del mundo de la bioética.

Pudimos observar todo tipo de recursos: tesis doctorales, artículos originales, cartas al editor, comentarios de libros, también obtuvimos que la mayoría de los recursos no se encontraban en revistas específicas de bioética.

Las duplicidades de los artículos se han comprobado mediante un gestor bibliográfico. (ENDNOTE WEB) encontrando 10 textos duplicados entre las distintas bases de datos.

En un futuro, delimitaremos la procedencia geográfica de los textos y el tipo de publicación.

Discusión

Algunas bases de datos permiten realizar búsquedas más detalladas con diversos límites como tipo de artículo, años de búsqueda, idioma, edades, especie, sexo, etc.

Como limitantes hemos encontrado en la base de datos de Lilacs, no permite refinar la búsqueda por años, ni por tipo

de documento.

En la base de datos MEDES, al realizar la búsqueda de la palabra intimidad encontramos un problema al salir texto relacionados con la intima arterial, teniendo aquí que seleccionar solo los artículos que se referían al tema de intimidad con secreto profesional.

La base de datos de Dialnet no nos permite refinar la búsqueda por años, teniendo que hacer esta distinción de forma manual.

Conclusiones

Disponemos de un recurso bastante amplio de búsqueda, en español, pudiendo encontrar desde artículos hasta tesis doctorales dentro del mundo de la bioética.

Encontramos varias bases de datos que no solo se ciñen a datos del mundo sanitario, tenemos bases de datos de revisiones históricas, base de datos de ciencias sociales, bases de datos que incluyen búsquedas en revistas de psicología.

Concluiría con la pregunta planteada de si están preparados los recursos electrónicos para satisfacer nuestras búsquedas y respondería que sí, pero con aun bastantes limitantes en las que debemos trabajar.

EXPERIMENTACIÓN CON ANIMALES

M^a Carmen Arribas López, M^a Dolores León Serrano

*Asociación Síndrome de Down, Córdoba. Hospital Universitario Reina Sofía
C/ Pintor Racionero Castro, 7, 2^o H, 14006, Córdoba.*

arribas.m.carmen@gmail.com

Avda. Vía Augusta, 5, 2^oB, 14011, Córdoba.

madonnina@hotmail.com

Introducción

El objetivo de este trabajo es analizar la actualidad de los principios éticos y la normativa legal sobre experimentación animal, con el fin de suscitar la reflexión en profesionales directamente implicados y en aquellos que no estando directamente implicados, usan los métodos, instrumentos y materiales que provienen de la misma.

Material y método

El método utilizado ha consistido en una revisión de documentos relacionados con los aspectos éticos y legales de la experimentación animal, así como de las opiniones y movimientos a favor y en contra que estos suscitan.

Resultados

Aunque la experimentación animal se ha convertido en sinónimo de avance científico, puede llegar a ser un paso atrás en los logros de la ciencia si no se tiene en cuenta el sufrimiento o daño que se infiere a los animales en tales procesos.

Conclusiones

Desde la antigüedad, la experimentación animal ha sido indispensable para el avance de las ciencias de la Salud y Biológicas. A pesar de existir otros métodos alternativos, todavía no se ha definido ningún sistema que permita prescindir totalmente de ellos.

Supone un dilema ético para profesionales y científicos que se ha visto reflejado en la legislación y en la opinión pública.

INFORMACIÓN EN PACIENTES CRÍTICOS: ASPECTOS ÉTICOS EN EL CAMINO DE LA EXCELENCIA

**Flori Vera Escolar, Juan Martínez Hernández, Antonio Melgarejo Moreno,
Salvadora Sáez Miravete, Antonio González Sánchez, Ángela Díaz Pastor,
Germán Escudero García.**

*Complejo Hospitalario Universitario Santa Lucía-Santa María del Rosell
Servicio de Medicina Intensiva. Comité de Ética Asistencial.
C/ Mezquita. Santa Lucía Hospital Santa Lucía. 30200 Cartagena. Murcia.
jumalupe@hotmail.com*

Introducción

La práctica clínica asistencial está basada en dos pilares fundamentales que son la propia asistencia clínica y la relación entre profesionales y pacientes y sus familiares. En esa relación sanitario-paciente/familiar, la información adquiere un valor incalculable para el adecuado desarrollo del proceso asistencial, pues, independientemente de ser un derecho recogido en la legislación, supone la base para la toma de decisiones y fruto de ello el consentimiento informado. En pacientes en estado crítico, esta relación y dentro de ella, la información, adquiere unas características especiales de las cuales pretendemos, en el presente trabajo, aportar aspectos que nos ayuden a una reflexión ética sobre las mismas.

Material y método

Realizamos un estudio descriptivo comparativo de dos periodos, año 2003 y 2010, sobre pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Universitario Santa María del Rosell de Cartagena (Murcia). El estudio se lleva a cabo en base a una encuesta anónima a familiares de pacientes ingresados en UCI en 2003 y, con las mismas variables, a los familiares de pacientes ingresados en 2010. La encuesta se entrega a los familiares a lo largo de los días de estancia en UCI y se les pide que la depositen en un buzón en la sala de entrada de visitas al alta del paciente. Se realiza análisis de medias y porcentajes de los valores obtenidos.

Resultados

Se analizan un total de 83 encuestas. Distribución por sexo de pacientes ingresados, en 2003, 51,8% varones y 48,1% mujeres y en 2010, 56,6% varones y 43,3% mujeres. Edad media: 71±11 años en 2003 y 58,6±10 en 2010. Las variables de la encuesta a familiares de los pacientes fueron: información recibida al ingreso del paciente, en 2003, el 96% y el 100% en 2010; información durante su estancia en UCI el 95% en 2003 y el 100% en 2010; conocían el diagnóstico y consideraban la información sincera el 95% en 2003 y el 100% en 2010; conocían al médico responsable de su familiar el 33% en 2003 y el 63% en 2010; la información considerada como entendible en el 65% en 2003 y en el 93% en 2010; grado de satisfacción con el trato, información y relación: en 2003 mala en 1%, regular en 3%, buena en 65% y muy buena en 31% y en 2010 regular en 13,3%, buena en 43,3% y muy buena en 43,3%. Comentarios a preguntas de respuesta libre, en 2003: lenguaje demasiado técnico, demasiadas «prisas» de los médicos y sala de información inadecuada; en 2010: información más continuada, más tiempo de permanencia de familiares con los pacientes, sala de información y de espera en condiciones mejores, mayor intimidad para los pacientes.

Discusión

Destacamos la tendencia favorable a la facilitación de información tanto al ingreso como en su estancia, parece lógico que así lo sea; del mismo modo se comprueba la mejora en la adaptación de la información a los familiares en cuanto a su entendimiento y el grado de satisfacción. Aunque ha mejorado, sigue siendo preocupante el desconocimiento e identificación del médico responsable del paciente por parte de los familiares.

Conclusiones

1. La información a familiares está presente en la asistencia sanitaria a pacientes críticos como parte de la labor asistencial.
2. La transmisión de la información es clara.
3. La relación sanitario-paciente/familiar de forma global está bien considerada.
4. Es lamentable que no en todos los casos se identifique o se conozca al médico responsable.
5. Los comentarios de los familiares no demandan mejoras técnicas sino de entorno, ambiente e información.

Ref. bibliográfica

Gómez Rubí, Juan Antonio. *Ética en medicina crítica*. Ed. Triacastela, 2002.

«CONFIDENCIALIDAD DE LA MATRONA DURANTE LA GESTACIÓN, PARTO Y PUERPERIO: CAMINO HACIA LA EXCELENCIA»

Hermelinda Estévez Rial, Begoña Pérez Vázquez, M^a Carmen Rey Dapena

«Complejo Hospitalario de Ourense»

Dirección: Valle Inclán, 3, 4º C 32004 Ourense

Correo electrónico: millies3@yahoo.es

Introducción

Con el fin de mejorar la calidad asistencial que como matronas proporcionamos, analizamos los conceptos de intimidad y confidencialidad en nuestro trabajo por tener unas características singulares: mujeres sanas, muchas inmigrantes, el feto sin autonomía; implicando al varón, y al ámbito familiar y social.

Material y método

Analizar dichos conceptos en «Atención primaria y especializada» desde distintos punto de vista:

1º Ético: Código Ético Internacional para Matronas 2002, Código Deontológico de Enfermería, Código Internacional de Enfermería.

2º Legal: C.E, Ley General de Sanidad, Declaración de los Derechos Humanos, L.O 15/ 1999 de Protección de datos de carácter personal, Código Civil.

4º Documentos profesionales: Guía técnica de atención al embarazo normal, Guía técnica de atención al parto normal y puerperio, 2008.

Resultados

Ser más conscientes de estos aspectos en actuaciones cotidianas.

«Atención Primaria»: Confirmación de embarazo: Cartilla maternal: Antecedentes obstétrico-ginecológicos, origen de la concepción, datos del varón/familia... Continuidad en la atención durante gestación. Puerperio: situación emocional y social.

«Atención Especializada»: Ingresos en la gestacióna patología materna o fetal. Parto: intimidad física y emocional. Historia prenatal y actual del recién nacido, Destino del hijo: prematuros, adopción.

Unas pacientes «singulares»: las sanitarias: conocemos datos de su vida reproductiva; «obligación» de portarse mejor, visitas de numerosos colegas.

Siempre implicado personal no sanitario.

Conclusiones

El secreto profesional es un derecho del usuario y un deber de los profesio-

sionales que trabajan en un centro de salud.

Necesidad de tratar estos aspectos tan importantes, que están presentes en nuestra actividad diaria.

Continuidad aspectos éticos en ambos niveles asistenciales.

EL NIÑO MEDICAMENTO

**M^o Dolores Álvarez Jiménez, José Antonio Bernet Soto,
M^o Josefa Campo Merino**

Facultad de Enfermería, Universidad de Córdoba.

Dirección y correo de contacto:

C/ José Ariza nº 108-1º

Puente Genil (Córdoba) Código Postal: 14500

N02aljim@uco.es

Nº de Contacto: 610690151

Introducción

En este trabajo veremos la ley en la que se sustenta la creación del niño medicamento, seguido de los problemas éticos que se presentan y las opiniones de algunos expertos.

Sobre la legislación la ley que contempla al niño medicamento es la Ley 14/2006, del 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida. La interpretación de la ley en su artículo 1 punto 1 apartado b ha dado lugar a la aparición de técnicas de reproducción asistida para el tratamiento de enfermedades de origen genético o ley del niño medicamento. Pero no existe en toda la ley una regulación específica sobre este tema sino más bien con carácter general, toda una serie de condiciones y requisitos sobre reproducción asistida en general y en el artículo 12 punto 1 apartado a. Creemos que eso da lugar a un cierto

vacío legal en este tema que puede dar lugar a múltiples interpretaciones ya que, en realidad, sólo se hace mención muy escuetamente a este tema en el artículo 1 punto 1 apartado b.

Tras ver estos problemas, queremos conocer la opinión de algunos expertos, y encontramos algunos artículos interesantes donde vemos: críticas a la legislación, la cual se cree que no tiene fuerza alguna en casos donde el consentimiento informado es retractable; propuestas hacia otros caminos donde no fuera necesaria la utilización de la fecundación in-vitro; y casos hipotéticos donde se ve al niño medicamento como la continua salvación para su hermano o hermana.

Material y Métodos

- Ley 14/2006 del 26 de Mayo.
- Artículos de opinión de expertos.

El método empleado para hacer este trabajo ha sido buscar la legislación, para ver la base legal del tema, ver los problemas éticos que causan los niños medicamento y por último, a través de artículos de opinión extraídos de páginas web, conocer la opinión de expertos.

Conclusión

La utilización de los niños medicamento presenta una serie de dificultades éticas:

1) Utiliza técnicas artificiales de fecundación-reproducción: la fecundación in vitro

2) La finalidad para la que nacen es ser utilizados como material biológico/ medicamento y esto no es compatible con la dignidad del ser humano.

3) Además para ser exitosa requiere la pérdida de un elevado número de vidas humanas embrionarias por la propia FIV y la selección embrionaria dependiendo de la patología que se pretende curar.

LACTANCIA MATERNA

¿UN DERECHO NO RECONOCIDO?

María del Carmen Rodríguez Pando, Joana Espinosa Pérez,
Blanca Martínez Bueno, Pilar Suárez García, Luz María Loredó Vilches,
Elena Otero Pérez

Hospital Universitario Central de Asturias y Hospital del Valle del Nalón de Asturias
CC mcrpando@yahoo.es Dirección: Mayorazu 1, 4ª L Oviedo 33010

Introducción

Los mamíferos se alimentan de leche materna, distinta para cada especie. En el ser humano, es la de la mujer, la que se adapta a todas las necesidades de su cría, es alimento y tratamiento inmunológico.

La lactancia materna es un derecho del recién nacido que no puede reivindicar por ser un incapaz transitorio.

Material y métodos

Algunas madres sin causa objetiva, optan por no amamantar a sus hijos, a pesar de haber recibido información de sus beneficios por parte de los profesionales sanitarios.

Se revisaron 200 historias clínicas de mujeres parturientas, en un Hospital de tercer nivel y 200 historias clínicas en otro hospital de segundo nivel, objetivándose la elección de lactancia materna o artificial, en estas mujeres al alta hospitalaria y a los cuatro meses.

Resultados

En el hospital de tercer nivel eligieron lactancia artificial el 16% y en el 2º nivel un 13.5%. De las que eligieron amamantar sólo continuaron haciéndolo a los 4 meses un 21.48% en el hospital de tercer nivel y un 20.02% en el segundo nivel.

Discusión

Se analizaron las posibles causas del descenso de la lactancia. Se hacen propuestas ético-sociales para insistir en la lactancia natural.

Conclusiones

El lactante humano debe alimentarse con leche de mujer. La Sanidad pública y privada debe hacer cumplir este derecho. La sociedad debe implicarse para reparar esta injusticia.

LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN EN EL TRATAMIENTO PERIODÍSTICO DEL INICIO DE LA VIDA. LA LEY DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO. EL PAÍS, ABC, LEVANTE Y LAS PROVINCIAS (2009-2010)

María Pilar Paricio Esteban, Francisco Núñez-Romero Olmo
y Cristina Rodríguez Luque

*Universidad CEU Cardenal Herrera, Avda. del Seminario s/n, 46113
Moncada (Valencia), email: pparicio@uch.ceu.es*

Introducción

La conversación bioética se nutre de los aportes de ocho foros principales: los medios, las comisiones asesoras, el derecho, la política, la religión, los centros de investigación, la docencia y las asociaciones científicas y ciudadanas (Bellver, 2006, p. 2). El tema del aborto plantea una controversia en la que los aspectos éticos son de gran importancia y las argumentaciones se pueden configurar en torno a tres principios: utilidad, democracia y veneración (M. Bauer y Gaskell, 2002). Si bien los límites a la intervención sobre el inicio de la vida se basan en lo que Cayuela (2006) denomina estrategia de ponderación de intereses, desde la

perspectiva de la Ciencia, el argumento es claro: «No puede decirse que en un momento tenemos una especie y más adelante otra diferente (...). Todo el desarrollo está previsto en el genoma específico» (Jouve de la Barreda, 2008; p. 205). En la construcción social de la realidad, el papel de los medios es de especial importancia, porque crean el ambiente simbólico que fomenta un clima de opinión a favor o en contra de una determinada aplicación (M. W. Bauer y Gutteling, 2006). Por eso es interesante analizar el tratamiento periodístico del tema centrándonos en la información sobre la Ley de Salud Sexual y Reproductiva e Interrupción Voluntaria del Embarazo.

Material y métodos

Con este objetivo, se constituye el *corpus* de la investigación integrado por 566 textos (228 en *Abc*, 159 en *El País*, 60 en *Las Provincias* y 19 en *Levante*). La muestra se extrae de la base de datos My News en 2009 y 2010. Se han elegido estas cabeceras porque se hallan situadas en los dos extremos del espectro ideológico en el ámbito nacional y regional. El muestreo se basa en la «semana construida» (Riffe, Aust, y Lacy, 1993; Stempel y B.H. Westley, 1989) y la metodología empleada es un análisis hemerográfico estructural formal (Kayser, 1982) y de contenido categorial y evaluativo (Bardin, 1986) desde la perspectiva del *framing* (Entman, 1993; Nisbet, Brossard, y Kroepsch, 2003).

Resultados

La Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo y de la Salud Sexual y Reproductiva recibe una mayor atención en 2009 que en 2010, coincidiendo con el lanzamiento de la propuesta del Ejecutivo, y una vez que está aprobada, desciende la cobertura. Los diarios con una línea editorial contraria a la conocida como «Ley del Aborto» presentan una mayor cobertura, por lo que se puede concluir que la línea editorial influye en la atención mediática. En los medios nacionales, a pesar de que la mayoría son noticias (49%), no tienen un tono neutro (23% a favor del aborto y 30,2% en contra). En las cabeceras regionales, la mayoría son noticias (58,2%) y, por tanto, con tono neutro (38%) o ausente (20,3%).

Por periódicos, el 63,16% de los textos de *Levante* están a favor del aborto, y en *Las Provincias*, sólo el 1,7%. Como cabe esperar por su posicionamiento editorial, los diarios de Prisa y Prensa ibérica se muestran más favorables a la reforma y los de Vocento, contrarios. El género predominante es el informativo con una amplia presencia de noticias tanto en los medios nacionales (49,09%) como en los regionales (58,20%). El tema más tratado es el aborto seguido de política nacional. Los dos *frames* que tienen la presencia más alta son «Legislación o estrategia política» y «ética-moralidad». Predominan las fuentes políticas y las institucionales privadas; y hay una reducida presencia de fuentes por texto, con una media inferior a 1. (0,97 en nacionales y 0,85 en regionales). La media de valoración formal de las dos familias de soportes es media-baja, de 34,92 puntos sobre cien.

Conclusiones

La agenda política condiciona el tratamiento, generando picos informativos y una caída de la atención frente al tema en otros períodos. La línea editorial influye también en la cobertura, siendo los periódicos contrarios a la reforma los que conceden más peso al asunto en la agenda del medio y, por tanto, tienen una mayor capacidad de introducir la controversia en la agenda de sus lectores. La politización en el tratamiento determina un encuadre muy focalizado en aspectos políticos, perdiéndose la perspectiva científico-sanitaria inherente al objeto de estudio que consideramos que, desde un punto de

vista informativo, debería tener un peso fundamental para trasladar a la opinión pública una información completa sobre las consecuencias en la salud de la mujer (como por ejemplo el síndrome post aborto que no aparece en el análisis). El uso periodístico de las fuentes es bastante deficiente en las informaciones estudiadas figurando principalmente fuentes políticas en detrimento de los expertos científicos o del campo de la bioética (citados en sólo ocho casos a pesar de la presencia de un encuadre ético-moral). En el tratamiento informativo de un tema como el aborto se deberían enfatizar los aspectos científico-sanitarios y bioéticos recurriendo para ello a fuentes expertas.

Referencias bibliográficas

- Bardin, L. (1986). *El análisis de contenido*. Madrid: Ediciones Akal.
- Bauer, M., y Gaskell, G. (2002). *Biotechnology. The making of a global controversy*. Cambridge: Cambridge University press.
- Bauer, M. W., y Gutteling, J. M. (2006). Issue Salience and Media framing over 30 years *Genomics and Society. Legal, ethical and social dimensions* (pp. 113-128). London: Earthscan.
- Bellver, V. (2006). *Por una bioética razonable. Medios de comunicación, comités de ética y Derecho*. Granada: Editorial Comares.
- Cayuela, A. (2006). *Argumentos bioéticos*. Granada: Marova.
- Durant, J., Bauer, M. W., y Gaskell, G. (1998). *Biotechnology in the Public Sphere. A European Sourcebook*. Londres: Science Museum.
- Entman, R. (1993). Framing: Toward clarification of a fractured paradigm. *Journal of Communication*, 43(4), 51-58.
- Jouve de la Barreda, N. (2008). *Explorando los genes. Del big-bang a la nueva biología*. Madrid: Encuentro.
- Kayser, J. (1982). *El diario francés*. Barcelona: ATE.
- Nisbet, M. C., Brossard, D., y Kroepsch, A. (2003). Framing science: The stem cell controversy in an age of press/politics. *Harvard International Journal of Press/Politics*, 8(2), 36-70.
- Riffe, D., Aust, C. F., y Lacy, S. R. (1993). Effectiveness of random, consecutive day and Constructed Week in Newspaper Content Analysis *Journalism Quarterly*, 70(1), 133-139.
- Rodríguez Luque, C. (2011). The Interrelation of Agendas in Stem Cell Controversy: Politics, Science and Mass Media in the Spanish Context, El País and ABC (1996-2006). *Journal of Science in Society*, 2(1), 151-168.
- Stempel, G. H., y B.H. Westley, B. H. (1989). *Research Methods in Mass Communication*. Englewookd cliffs. N.J.: Prentice Hall.

ENFERMERÍA OFTALMOLÓGICA: AYER Y HOY

Maria Rita Pons Marín

*Centro de trabajo:
Hospital Clínico Universitario de Valladolid, IOBA (Valladolid)*

Objetivo

Estudiar los cuidados de enfermería, en este caso oftalmológica, realizadas por enfermeros de ayer (siglo XVIII) y de hoy. Hallar semejanzas y diferencias. Demostrar la necesidad de que hoy día la profesión de enfermera tiene como objetivos y necesidades: preparación, conocimientos y compromiso para que la atención a los usuarios sea humanizada además de proporcionar cuidados integrales a los pacientes

Material y método

Se han estudiado manuales de enfermería del siglo XVIII de hospitales españoles, sus cuidados y remedios para «males de los ojos»; y las actividades de enfermería oftalmológica hoy, tomando como modelo nuestro Instituto Oftalmológico con personal de enfermería que realiza técnicas diagnósticas y de tratamiento vinculadas al cuidado de los otros.

Resultados

Constatar la importancia de conocer la historia de nuestra profesión, las raíces sobre las que se asientan las bases del quehacer profesional.

Todas las profesiones se transforman y evolucionan de acuerdo con los cambios y evolución socio-cultural; en la nuestra, observar cómo se han ido adecuando a la demanda en cada momento en el proceso de evolución de la sociedad y qué características de su actuación han permanecido constantes a lo largo del tiempo y cuáles han sufrido una gran transformación en base a estos cambios y demandas sociales. Cómo deja de estar centrada sólo en el quehacer o deber religioso para extenderse y entenderse como profesión de ejercicio público, con habilidades y técnicas específicas y cuyos profesionales prestan servicio especial relacionado con la salud, controlados por un código moral.

Conclusiones

El personal de enfermería es competente en actividad clínico-asistencial, gestión de stocks y recursos humanos,

en investigación y docencia, educación hacia la promoción de la salud y el autocuidado, trabajando en conjunto con sus equipos de trabajo Es una necesidad el reconocimiento de una especialidad.

BIOÉTICA PARA UNA NUEVA ALIMENTACIÓN

Jordi-David Horta Faja* y María-Amparo Sánchez Fideli**

**Activamutua2008, Rd. Alfonso X el Sabio, 64, 08301 Mataró (Barcelona).*

Tfno: 609 286 907 E-mail: jdhorta@gmail.com

*** Universidad CEU Cardenal Herrera C/Carmelitas, 3, 03203 Elche (Alicante).*

Tfno: 96 542 64 86 Ext. 5144 E-mail: asfideli.el@uch.ceu.es

Introducción

Bajo la denominación genérica de Nuevos Alimentos se incluye a todos los alimentos que contengan organismos modificados genéticamente (OMG), incluso aquellos alimentos e ingredientes alimentarios producidos a partir de OMG. Los estudios científicos realizados por las principales empresas agroalimentarias defienden que los OMG no suponen ningún riesgo importante para la salud, mientras que estudios científicos independientes han presentado informes que muestran un cierto grado de riesgo para la salud, como la aparición de alergias, resistencias a antibióticos y la presencia de nuevas toxinas en los alimentos. La irrupción de los alimentos transgénicos en el mundo de la alimentación llena de interrogantes al ciudadano sobre sus posibles efectos beneficiosos o perjudiciales. Debe existir un consenso para extremar las precauciones necesarias, y así evitar cualquier riesgo que pudiera surgir a corto y a medio plazo,

siendo algunas de estas implicaciones de carácter ético.

Objetivos

— Conocer los avances de la biotecnología en el ámbito de los OMG y presentar cuáles son los principios bioéticos que se deben tener en cuenta para su aplicación.

— Apreciar, a nivel social, cuál es la percepción de estos nuevos productos y valorar la incorporación o rechazo de los OMG en el patrón cultural alimentario en nuestra sociedad.

Material y Métodos

Se realiza una revisión bibliográfica mediante el buscador de Internet Google Académico, revistas electrónicas especializadas de Bioética y consulta de libros y revistas especializadas. Se sitúa el objeto de estudio en el presente y se compara con los diferentes puntos de vista que se hayan realizado en anteriores estudios, ofreciendo un enfoque bioético.

Resultados y Discusión

El objetivo de la biotecnología aplicada a la alimentación consiste en aumentar la productividad, reducir costos, generar mejoras en los alimentos y desarrollar prácticas más ecológicas. Desde sectores críticos se advierte de los riesgos de los OMG, especialmente en el ámbito de la salud, del medioambiente y en la economía. La bioética permite plantear principios básicos y ofrece mecanismos de control para orientar la actividad biotecnológica referida a los OMG para ser usados en alimentación. El principio de *no-maleficencia*, de *autonomía*, de *justicia distributiva*, de *responsabilidad* y de *beneficencia*, son principios que actúan tanto a nivel de la investigación como en la aplicación de la misma. Otros principios como el de *sostenibilidad*, *trazabilidad*, *transparencia* y *precaución*, compatibilizan la conservación de los ecosistemas con el bienestar de las generaciones futuras.

Conclusiones

Los requisitos que deben cumplir los OMG son: que exista necesidad real de consumo y que no entrañen ningún riesgo. La biotecnología al permitir la manipulación racional de la base de la vida, toca una dimensión que le trasciende. La bioética debe surgir desde dentro de la misma lógica de la investigación y aplicación biosanitaria, y así, propiciar la autorregulación de la biotecnología —en nuestro caso los OMG— mediante protocolos objetivos y transparentes.

Bibliografía

- López de la Vieja, M^a T., *Bioética y ciudadanía. Nuevas fronteras de la ética*, Biblioteca Nueva, Madrid, 2008.
- Moreno Lax, A., «Biologización de la Ética», *Cuadernos de Bioética*, 71, (2010), 21-38.
- Rubio, C., *Ética del siglo XXI*, Proteus, Barcelona, 2009.