DOCUMENTACION

RESOLUCION SOBRE LA ENSEÑANZA DE LA ETICA MEDICA

La Asociacion Europea de Centros de Etica Médica (EACME) y la Academia de Etica Médica (AEM), de Alemania, celebraron una reunión conjunta a la que acudieron 90 expertos de 12 países europeos, dedicados a estudiar los problemas de la enseñanza y la formación de los profesionales de la salud en ética médica. En ella, se presentaron y discutieron experiencias, iniciativas y resultados de las investigaciones, y se estudió con especial interés la situación europea.

Los participantes llegaron a la conclusión unánime de que en el futuro se mantendrá, e incluso se incrementará, el carácter expansivo de los problemas éticos planteados en el campo de la Medicina y de la Salud Pública. A pesar de las diferencias que se dan entre los distintos países, la experiencia colectiva muestra que, por falta de recursos, ni se enseña ni se aprende en la medida requerida la capacidad de hacer frente a esos problemas con competencia emocional y racional.

Son, en Europa, muchas las iniciativas puestas en marcha por individuos y grupos. Crecen tanto la cooperación internacional como el número de las investigaciones. Y, sin embargo, la enseñanza de la Etica en la Medicina y la Salud Pública no está adecuadamente institucionalizada por falta de estructuras que garanticen la continuidad de un trabajo eficaz.

En una sociedad caracterizada por el rápido cambio social y el creciente pluralismo en torno a los valores básicos, se necesitan esfuerzos más intensos para afrontar las amenazas que sufre la cultura ética de la Medicina y la atención sanitaria. Si se estancaran los esfuerzos del presente, se hará todavía mayor la desproporción entre los desafíos de la Etica y la capacidad de plantarles cara de modo apropiado. La competencia ética de quienes trabajan en las diferentes áreas de la Medicina y la atención sanitaria no se transmitirá a las generaciones futuras si no se les comunica esa competencia mediante una enseñanza metódica. El proceso de transmitir los valores éticos a los profesionales de la salud se verá afectado necesariamente por los cambios sociales, los nuevos conocimientos científicos y sus aplicaciones prácticas. Es indispensable, por ello, un gran esfuerzo para instaurar procedimientos estables de enseñanza y formación continuada que respondan a las necesidades, tanto cualitativas como cuantitativas, del momento.

Nuestro propósito es que los valores humanos y la justicia prevalezcan en el dominio sanitario. Los miembros de la EACME y de la AEM apelan a los responsables de la política, la ciencia y los servicios de salud para que se decidan a llenar el vacío que, en el área de la Etica médica, se da hoy entre las necesidades y los recursos disponibles. Y se ofrecen a cooperar en esa importante empresa.

Teaching and Trainning in Medical Ethics: Countries-Professions-Orientations. Coloquio organizado con la cooperación de la Academia Evangélica Nordelbien, Bad Segeberg/Schlewig-Holstein, 1-3 de octubre de 1993.

ESPAÑA: ANTEPROYECTO DE LEY SOBRE REGULACION DE LA INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

Artículo 1. Supuestos no punibles de interrupción del embarazo

1. No constituirá delito la interrupción del embarazo, practicada por un médico o bajo su dirección, en centro o establecimiento sanitario acreditado y con el consentimiento expreso de la mujer embarazada cuando concurra alguna de las circunstancias siguientes:

a) Que sea necesario para evitar un grave peligro para la vida o salud de la embarazada y así conste en un dictamen emitido con anterioridad a la intervención por un médico de la especialidad correspondiente, distinto de aquel por quien o bajo cuya dirección se practique la interrupción del embarazo.

En caso de urgencia por riesgo vital para la gestante, podrá prescindirse del dictamen o del consentimiento expreso.

b) Que el embarazo sea consecuencia de un hecho constitutivo de delito contra la libertad sexual o de inseminación artificial no consentida siempre que la interrupción del embarazo se practique dentro de las doce primeras semanas de gestación y que el mencionado hecho hubiese sido denunciado.

c) Que se presuma que el feto habrá de nacer con graves taras físicas o psíquicas, siempre que la interrupción del embarazo se practique dentro de las veintidós primeras semanas de gestación y que el dictamen expresado con anterioridad a su práctica sea emitido por dos especialistas de un centro o establecimiento acreditado al efecto, y distintos de aquel por quien o bajo cuya dirección se practique la interrupción.

En los casos previstos en el párrafo anterior, no constituirá delito la conducta de la embarazada aun cuando la práctica de la interrupción del embarazo no se realice en un centro o establecimiento acreditado o no se hayan emitido los dictámenes médicos exigidos.

2. Tampoco constituirá delito la interrupción voluntaria del embarazo que sea practicada por un médico o bajo su dirección cuando, a juicio de la mujer, la continuación del mismo le suponga un conflicto personal, familiar o social de gravedad semejante a la de cualquiera de los descrtios en el apartado anterior, siempre que concurran los requisitos y circunstancias siguientes:

a) Que se practique dentro de las doce primeras semanas de gestación.

b) Que la mujer que desee interrmpir su embarazo acuda a algunos de los centros de asistencia y asesoramiento acreditados antes de llevarlo a cabo.

c) Que la mujer, tras haber sido adecuadamente oída en entrevista y haber escuchado en ella las razones que asisten al Estado para tutelar la vida, sea informada de cuantas ayudas familiares, económicas y sociales disponibles pudieran ser de utilidad así como sobre los aspectos jurídicos y médicos de la inter-

vención, de todo lo cual se expedirá la oportuna certificación.

d) Que una vez asesorada e informada en los términos establecidos en esta Ley haya dejado transcurrir un plazo mínimo de tres días a fin de madurar su decisión definitiva.

Artículo 2. Centros autorizados para la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo

1. Tendrán la consideración de centros autorizados para la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo que no implique alto riesgo para la mujer embarazada y no supere las doce semanas de gestación:

a) Todos aquellos centros o establecimientos sanitarios de carácter público que cuenten con la presencia de un médico especialista en Obstetricia y Ginecología y del personal de enfermería y auxiliar que sea necesario para la práctica de este tipo de intervenciones, así como con locales, instalaciones y material adecuados a tal efecto.

b) Los centros o establecimientos sanitarios de carácter privado que fueren habilitados por la autoridad competente para la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo que así lo soliciten por reunir los requisitos del apartado anterior y que además cuenten legalmente con un centro hospitalario de referencia para la derivación de aquellos casos que lo requieran. Dichos centros serán sometidos periódicamente a inspección, siéndoles inmediatamente revocada la acreditación en el caso de que se compruebe la falta de mantenimiento de tales requisitos mínimos.

2. Para la realización de interrupciones voluntarias del embarazo con alto riesgo para la embarazada o que superen las doce semanas de gestación, los centros o establecimientos sanitarios públicos y privados deberán contar, además, con los siguientes medios personales y materiales:

a) Unidades de Obstetricia y Ginecología, así como laboratorio de análisis, anestesia y reanimación, y banco o depósito de sangre.

b) Unidades o instalaciones de enfermería y hospitalización.

3. Además de los requisitos mínimos enunciados en los apartados anteriores, los centros en los que se practiquen las interrupciones voluntarias a que se hace referencia en el artículo 1.1.c) de la presente Ley, habrán de estar dotados de aquellos métodos o técnicas de diagnóstico prenatal que sean adecuados para detectar la presencia de malformaciones en el feto o la existencia de enfermedades metabólicas o infecciosas, que hagan presumible que habrá de nacer con graves taras físicas o psíquicas.

Artículo 3. Prestación de asistencia por el personal médico y sanitario

En el caso de que la práctica de la interrupción del embarazo fuera urgente por existir riesgo vital para la gestante, todo médico especialista en Ginecología y Obstetricia integrado en un centro sanitario de carácter público o privado, así como todo el personal de enfermería o auxiliar, estarán obligados a prestar a la embarazada la asistencia que sea necesaria para salvar su vida, sin que puedan aducir razones de conciencia para eximirse de la responsabilidad en que pudieran incurrir a título de denegación de auxilio. Dichas razones tampoco podrán ser invocadas por el

personal médico y sanitario para justificar la denegación de asistencia a una mujer cuya vida o salud se encuentran en grave peligro a consecuencia de una intervención de interrupción de su embarazo.

Artículo 4. Centros de asistencia y asesoramiento

Los centros de asistencia y asesoramiento a que se refiere el artículo 1.2.c) de la presente Ley entregarán a la mujer, una vez realizada la entrevista, una certificación en la que se hará constar que el asesoramiento ha tenido lugar, indicándosele al propio tiempo cuáles son los centros sanitarios habilitados para la práctica de interrupciones voluntarias del embarazo en el ámbito de su lugar habitual de residencia o en zonas próximas a la misma.

Los centros de asistencia y asesoramiento no podrán asumir, en ningún caso, la función de autorizar o denegar la práctica de la interrupción del embarazo a la mujer que a ellos acuda sino, exclusivamente, la de garantizar una eficaz protección de la vida del aún no nacido y, en caso necesario, informar sobre los medios adecuados para la prevención de futuros embarazos no deseados.

Dichos centros deberán contar con el personal especializado en el tratamiento de cuantos aspectos médicos, jurídicos, sociales o económicos puedan ser de utilidad, así como con todo el material informativo que sea necesario para ayudar a la mujer a adoptar una decisión libre, consciente y responsable. En cualquier caso, no podrá formar parte del órgano asesor el médico por quién o bajo cuya dirección se practique la interrupción, ni concederse acreditación a aquellos centros que tengan una comunidad de intereses con los habilitados.

SENTENCIA DEL TRIBUNAL CONSTITUCIONAL ALEMAN SOBRE LA "LEY DE AYUDA AL EMBARAZO Y A LA FAMILIA" (SFHG, 27.VII.92)

El 28 de mayo de 1993, el Tribunal Constitucional alemán dictó sentencia sobre la constitucionalidad de la nueva "Ley de ayuda al embarazo y a la famailia", de 27 de julio de 1992. Ofrecemos la nota oficial que resume la sentencia.

La Sala segunda del Tribunal Constitucional Federal, a instancias del gobierno bávaro y de 249 diputados de la CDU-CSU en el parlamento federal alemán, se ha pronunciado acerca de la constitucionalidad de la normativa de la "Ley de ayuda al embarazo y a la familia"(SFHG). Esta ley debía determinar una regulación de la interrupción del embarazo con vigencia para toda Alemania, suprimiendo las diferencias jurídicas existentes entre las dos partes reunificadas de Alemania.

Se declaran nulas especialmente la nueva versión del parágrafo 218 a, Título 1, del Código Penal, porque declaraba "no contraria a derecho" la interrupción del embarazo que, después de una consulta obligatoria dentro de las doce primeras semanas tras la concepción, se permitiera efectuar a un médico, e igualmente la nueva normativa del parágrafo 219 sobre el contenido y la forma de la consulta obligatoria.

La Sala considera legal y constitucionalmente admisible que, para la protección de la vida humana del no nacido, el legislador elija un modo de reglamentación que, en la fase precoz del embarazo, ofrezca sobre todo orientación y ayuda a la mujer embarazada en sus problemas de embarazo, a fin de obtener la gestación del hijo, y que, al mismo

tiempo, la notoriedad y efectos de la consulta no impliquen una amenaza penal para la interrupción del embarazo que la mujer llevara a cabo después de la consulta.

La Ley Fundamental plantea, con todo, exigencias respecto al contenido y al cuadro de condiciones de semejante protección (orientación que anime a la protección de la vida; deberes del médico y del entorno familiar, fortalecimiento del sentido general de la justicia) que exigen modificaciones en las leyes de ayuda al embarazo y a la familia.

La Sala ha corroborado que a la vida humana del no nacido compete, por razón de su dignidad humana, desde el comienzo del embarazo un derecho a la vida, que ha de ser defendido como un bien jurídico independiente incluso frente a su madre. De ahí se sigue el deber del Estado de intervenir como protector y promotor de esa vida y, sobre todo, de defenderla de agresiones ilegales por parte de otros. La protección del no nacido sólo es posible si el legislador por principio prohíbe la interrupción del embarazo e impone a la madre el deber jurídico fundamental de la gestación.

Sin embargo, en atención a los derechos fundamentales de la mujer, está permitido, en 'casos de excepción' (en algunos de esos casos, en la medida de lo posible, está indicado), no imponerle a ella el deber jurídico de la gestación. Esto sería válido sólo en los casos de serio peligro para la vida de la madre o de grave perjuicio de su salud. La peculiar situación de una mujer embarazada, para la que la prohibición de interrumpir el embarazo comporta obligaciones que la efectan existencialmente (la gestación, el parto, la educación) permitiría que el ordenamiento jurídico del Estado no estableciera el deber jurídico de la gestación cuando ello supusiera para la mujer unas cargas que excedieran el marco de una situación normal de un embarazo, y que exigieran tal grado de renuncia a los propios valores vitales, que no pudiera exigirse a la mujer la gestación.

Es tarea del legislador dar cabida a tales situaciones excepcionales dentro de supuestos de excepción ("indicaciones") para fundamentar así una razón justificativa para interrupciones del embarazo.

Aún cuando una interrupción del embarazo sólo pueda justificarse en un caso de "indicación" comprobado, eso no significa que la interrupción del embarazo tenga que estar siempre amenazada penalmente en todos los otros casos.

Si el legislador, mediante consideraciones defendibles, llegara a la conclusión de que le sería posible proteger con eficacia al 'nasciturus' junto 'con' la madre en la fase precoz del embarazo, a base de buscar como aliada a la madre, en vez de amenazarla con una pena por una acción que supone una infracción de la prohibición de interrumpir el embarazo, entonces podría llevar a cabo esa protección mediante un reglamento de la consulta orientativa.

En una concepción tal, tendría que conseguirse el favor de las mujeres embarazadas hacia las medidas de protección de la consulta orientativa. Esto exigiría no extraer en todos los órdenes jurídicos todas las conclusiones que impone la prohibición fundamental de la interrupción del embarazo...

Una reglamentación de la consulta orientativa sólo pueder ser constitucional, si además toma las medidas adecuadas y necesarias que posibiliten y faciliten a la mujer la decisión de gestar a su hijo. Con tales condi-

ciones-marco tendría que conseguirse, a través de una consulta cualificada y una conversación con el médico igualmente dirigida a la protección de la vida, que la mujer pueda ser debidamente atendida en su problema de embarazo.

El legislador debe también proteger la vida del no nacido de las influencias negativas procedentes del entorno familiar y del más amplio entorno social de la mujer embarazada. No es infrecuente que el ambiente influya en una interrupción del embarazo o que povoque, con su reprobación, que la mujer se decida por la interrupción. Además, el legislador debe buscar hacer factible exhaustivamente que la indigencia material y las desventajas evitables para la vida personal, y en especial la profesional, no sean causas de que las mujeres no se sientan en condiciones de tomar sobre sí el embarazo y la educación de los hijos.

En primer lugar, se exige que en la fase precoz del embarazo haya de procurarse, mediante una influencia orientativa a favor del niño, la debida protección en unión con la madre y no contra la madre. Esto sólo puede dar resultado, sin embargo, si la mujer se encuentra decidida y dispuesta a dejar abierto su conflicto de embarazo ante la consulta orientativa. El legislador debe partir de que esta cooperación de la mujer queda impedida si ella -aunque fuera después de concluida la consulta-, para convencer a un tercero, tuviera que demostrar que en su caso se cumplen los requisitos de un grave estado de necesidad general que hacen que no pueda exigírsele la gestación del niño. Esto excluye una normativa acerca de los requisitos de una "indicación" general para casos de necesidad, y su verificación. Para las indicaciones médica, embriopática y criminológica rige algo distinto. Por experiencia, en estos casos la necesidad de verificar los requisitos se opone menos a la notoriedad de la conversación de una mujer embarazda en la consulta orientativa. De ahí que, aún cuando la reglamentación de la consulta orientativa no pueda prever el supuesto general de estado de necesidad, que no se exige constitucionalmente como causa de justificación, hay de tener sin embargo en cuenta el estado de los derechos fundamentales de la mujer. Aun cuando no se estableciera causa alguna justificatoria, la mujer podría, con validez jurídica, acudir a un médico y -sin ser penada- llevar a cabo la interrupción.

Por lo demás, las condiciones para la interrupción del embarazo habrían de configurarse de tal modo que no se insinuara a las mujeres eludir una consulta orientativa, impidiendo con ello que las medidas de protección adquirieran vigor. Así, el Estado debe garantizar que a ninguna mujer se le impida la interrupción que demande de un médico porque no disponga de los medios de financiación necesarios para ello. En virtud de sus derechos como persona, a una mujer no le es lícito plantear reclamaciones a sus deudores por alimentos contra la voluntad de éstos; en esa misma medida queda excluido un recurso del Estado.

Para la protección del derecho personal de la mujer, el pago del salario, dentro del marco de la actual reglamentación del derecho laboral, no puede dejarse sin efecto por razón de que la interrupción llevada a cabo tras la consulta orientativa no esté justificada.

De la aplicación de estas normas de derecho constitucional se sigue que al legislador de la SFGH le era posible introducir una for-

ma de protección basada en una reglamentación de la consulta orientativa. Esta se emplea para reforzar la conciencia de responsabilidad de la mujer, que es quien -sin menoscabo de las responsabilidades del ambiente familiar y de entornos sociales más amplios, así como del médico- decide finalmente de hecho la interrupción del embarazo y, en esa medida, carga con la responsabilidad de aquella (última responsabilidad). Sin embargo, el legislador no ha satisfecho, en parte, las condiciones-marco exigidas para ello y, en parte, lo ha hecho sólo insuficientemente.

El legislador no ha configurado el parágrafo 218,tit.1 del StGB (en su nueva versión) como causa justificativa, y de ahí que haya podido valorar la interrupción del embarazo que una mujer permite efectuar a un médico dentro de las doce primeras semanas desde la concepción, después de la consulta orientativa, como "no contraria a derecho". Con la condición mínima de una protección conforme a derecho sólo hubiera podido admitirse la exclusión del supuesto penal de tal interrupción. Eso habría sisgnificado que tal interrupción sólo dejaría de estar prohibida por el derecho penal, mientras que la prohibición fundamental de la interrupción del embarazo hubiera podido seguir siendo normada en otros órdenes del derecho, con sus correspondientes consecuencias jurídicas.

Si el legislador da preferencia a la orientación de la mujer embarazada como protección de la vida del no nacido, entonces tiene la obligación de establecer reglamentaciones eficaces y suficientes para poder persuadir de la gestación a una mujer que está pensándose una interrupción del embarazo, junto con el establecimiento del contenido y la puesta en práctica de la consulta orientativa y de su organización.

De ahí se sigue que la consulta tiene que estar dirigida al objetivo de la protección de la vida del no nacido, sin que tenga que ir unido con ello un influjo unilateral sobre la embarazada en busca de orientación. Esto incluye también que se señalen por ley requisitos a la capacitación de las personas a las que se ha confiado el consultorio de orientación; su actividad tendría que estar sujeta a un control por parte del Estado. Está prohibida cualquier interdependencia material entre locales de consulta orientativa e instalaciones previstas para interrupciones del embarazo. A ello no le concede legalidad la prescripción del parágrafo 219 StGB, que es igualmente nula.

Pertenece también a las necesarias condiciones-marco de una concepción que quiera procurar, en la fase precoz del embarazo, la defensa de la vida por medio de la orientación de la mujer embarazada, el que se incluya al médico que la mujer busque para llevar a cabo la interrupción. El médico está obligado, por el 'ethos' de su profesión y por deber profesional, a emplearse por principio en la preservación de la vida humana, también la del no nacido. De ahí que deba consejo y ayuda no sólo para defender a la mujer de perjuicios contra la salud, sino también para proteger al no nacido. El legislador ni ha dejado claro estos deberes médicos ni ha amenazado con castigo penal determinadas violaciones. Esta es otra razón para que esa reglamentación de la interrupción del embarazo no pueda sostenerse ante la Constitución.

Pasa lo mismo en lo que hace a la previsión de medidas sancianadoras que pudieran proteger al no nacido de una influencia negativa en la mujer embarazada por parte de su

entorno familiar o del más amplio entorno social, porque el legislador las ha omitido.

El Estado, en razón de la protección de la vida del no nacido, tiene que prestar atención al subsiguiente desarrollo de su concepto de la protección y, en casos dados, tiene que corregirlo. A ello podrían contribuir, entre otras cosas, la declaración obligatoria de las interrupciones del embarazo para el registro estadístico federal; de ahí que se declare nula su abolición por medio del Art. 15,Nr.2 SFHG.

La Sala ha interpretado restrictivamente la determinación de la SFHG sobre la seguridad de los locales para efectuar interrupciones del embarazo. El Estado, a fin de dar realidad a la protección, ha de ocuparse de que la ayuda médica esté a disposición a una distancia que haga posible al médico citar a la mujer otro día para una nueva visita. Sólo así puede dársele a ésta la oportunidad de meditar su decisión una vez más.

La reglamentación del parágrafo 24 b del SGB V(Código Social), en el que, a propósito de una interrupción del embarazo no ilegal, se dice que no sólo la consulta y la inspección médica deben correr a cargo de la seguridad social, sino también la misma operación de la interrupción, representa una aprticipación del Estado en una acción homicida y, por tanto, no está exclusivamente al servicio de la protección de la vida y de la salud, como todas las demás prestaciones de la seguridad social. Una tal participación sólo está permitida al Estado cuando el caso es una excepción a la prohibición fundamental de la interrupción del embarazo, que debe ser justificada, y cuando ha sido comprobada fiablemente con arreglo a Estado de derecho.

El modo de protección basado en la regulación de la consulta orientativa sólo deja espacio al Estado para decidir acerca de la conformidad a derecho de la interrupción cuando se trata de un caso de "indicación" médica, embriopática o crimonológica, después de la correspondiente comprobación. Sólo estas interrupciones no ilegales podrían, en correspondencia con el tenor literal del paraágrafo 24 b SGB V, ser objeto de una legítima pretensión de asistencia social. El Estado no debe participar con la asistencia social en las interrupciones efectuadas en el marco de la reglamentación de la consulta orientativa. En este caso, el Estado asumiría la corresponsabilidad de precedentes cuya conformidad a derecho no puede tomarse en consideración por motivos legales y constitucionales y que no pueden ampararse en el concepto de protección.

Tampoco las condiciones de eficiencia de la protección reclaman excepción alguna a este principio. Sólo podría exigirse en la medida en que los medios de financiación necesarios tuviesen que ponerse a disposición de una mujer que, en el marco de la reglamentación de la consulta orientativa, se decide por una interrupción. La concesión de asistencia social como ayuda en situaciones vitales especiales (parágrafo 37 de la BSHG -Ley Federal de seguridad social-) garantizaría esto. No sería exigible una asistencia estatal que fuera más amplia para dar oportunidad a las mujeres de que llevasen a cabo la interrupción, por su propia protección, por medio de un médico. Está comprobado que las mujeres que disponen de los medios suficientes siempre buscan a un médico para la interrupción.

Por ello, la concesión legal de prestaciones de la seguridad social para interrupciones del embarazo de cuya conformidad a derecho, no obstante no estar amenazadas penalmente,

no se tiene certeza, tampoco es compatible con el deber de defensa de la vida del no nacido que tiene el Estado, porque con ello resulta considerablemente dañada en los ciudadanos la conciencia de que el no nacido tiene un derecho a la vida también frente a la madre, y de que, por eso, la interrupción del embarazo es en principio una injusticia. En la ciudadanía se percibiría como algo normal y conforme a derecho aquello para lo que se concediesen prestaciones de la seguridad social.

Esta medida no excluiría que pudieran ser objeto de una demanda de asistencia social las pretsaciones médicas de examen y consulta que preceden a una interrupción del embarazo, que también estarían al servicio de la protección del no nacido: en estos casos no está en el primer plano la acción homicida como en el caso de la propia interrupción.

Para garantizar que las exigencias mínimas del deber estatal de protección de la vida humana del no nacido puedan ser satisfechas suficientemente hasta una nueva reglamentación, la Sala ha sustituido por una reglamentación transitoria, con efectos a partir del 16 de junio de 1993, las disposiciones de la SFHG declaradas nulas, y ha suplido así la SFHG. En este momento entra en vigor el art. 16 SFHG, que anula la reglamentación de plazos vigente hasta ahora en los nuevos estados federados. Hasta una nueva reglamentación federal, está vigente esencialmente lo siguiente:

"No será penada una interrupción del embarazo cuando sea efectuada por un médico dentro de las doce semanas siguientes a la concepción, lo pida la mujer embarazada y el médico haya comprobado mediante un certificado que ella, al menos tres días antes de la operación, se ha dejado asesorar en una sede reconocida de consulta orientativa. La consulta está absolutamente obligada a la defensa de la vida del no nacido. Para ello, la Sala ha dispuesto reglamentaciones concretas que afectan tanto al médico como a los requisitos y al procedimiento de admisión de las sedes de consulta orientativa. Las sedes de consulta actuales pueden continuar su actividad hasta el 31 de diciembre de 1994. Aseguren los estados federales una oferta suficiente de sedes de consulta cerca de las poblaciones.

En los casos de la así llamada indicación criminológica (así como en los casos indicados como embriopáticos o médicos) las compañías de seguro pueden tomar parte con prestaciones. Por lo demás, cuando falta capacidad para obtener prestaciones en orden a interrupciones de embarazo no penadas y para mujeres no aseguradas en la seguridad social, se mantiene el recurso a la asistencia social".

LEYES PRO ABORTO 'VERSUS' DERECHOS HUMANOS

La Federación Internacional de Asociaciones Médicas Católicas (FIAMC), que representa a sesenta mil médicos de cuarenta y cinco países, ha hecho una declaración sobre el Documento que se debatirá en la Conferencia de El Cairo, que ya hizo llegar el pasado mes de julio al secretario general de la ONU, Butros Gali. Ofrecemos un amplio resumen de esa declaración.

En el contexto del Año Internacional de la Familia y de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Población y Desarrollo, la co-

munidad mundial es llamada a reflexionar detenidamente y a llegar a nuevos pensamientos significativos y propuestas para el avance universal y la protección de la institución de la familia, necesaria para la supervivencia y el bienestar de toda la Humanidad, habiendo sido reconocida por la Declaración Universal de los Derechos Humanos como la unidad natural y fundamental de la sociedad (artículo 16.3). La FIAMC tiene el legítimo deseo de expresar sus puntos de vista en este momento decisivo de la historia, que presentará en El Cairo, sobre la protección de la familia y de la vida humana desde la óptica médica.

La procreación humana y la misión de la medicina en el mundo de hoy

a) El médico y la inviolabilidad de la vida humana

Nuestra Federaciuón declara que la única misión legítima de cualquier médico es proteger la vida humana y la salud, nunca destruir o manipular al ser humano. Esta convicción no es herencia exclusiva de ninguna confesión religiosa particular, sino que se inserta en la cultura mundial desde el juramento hipocrático.

La vida humana, en términos estructamente biológicos, empieza en el momento de la concepción. Es un hecho científico. Dar término deliberadamente a la vida humana incipiente es inaceptable y representa un acto contra la Medicina, con el agravante de que tal violencia se perpetra contra un ser completamente indefenso. Por esta razón, el aborto es también un crimen contra la Humanidad, contra la raza humana y sus representantes más débiles y portadores de su futuro.

b) Las instrumentalizaciones políticas de la vida, inaceptables para el médico

El médico no puede apelar a ninguna autoridad humana para justificar ninguna acción intrísnsecamente incorrecta. Toda legislación que autorice el aborto es una negación de los derechos humanos y, por tanto, una negación de la medicina misma. Estas disposiciones legales son intrínsecamente contra derecho y destructivas para la sociedad humana. Todos los intentos para justificar este crimen son sofismas y falsificaciones de la ética. El médico que practica el aborto ha abandonado de facto el propósito de la medicina de salvar y proteger toda vida, no la vida de algunos a expensas de otros.

En vista de lo expuesto, nuestra Federación denuncia y rechaza seriamente las severas desviaciones de la práctica médica, especialmente en las tres últimas décadas, que han minado gravemente la autenticidad y credibilidad de la profesión practicada por muchos. Nos entristece este abandono de la genuina ética médica y nos empeñamos en promover de nuevo el espíritu fundacional de la medicina. Es sólo una cuestión de tiempo el que la sociedad mayoritariamente repudie tales ataques a la vida.

c) Las distorsiones de la ideología anti-vida vistas por los médicos

Como observadores y agentes del clima social y médico de nuestro tiempo, queremos también mencionar los siguientes motivos que han llevado a este desastroso y lamentable estado de cosas:

1) La sistemática reducción de la sexualidad a la autogratificación y la negación de la centralidad de la familia

No escapa a ningún observador inteligen-

te que la segunda mitad de nuestro siglo ha visto una tendencia a gran escala, a veces estimulada por los medios de comunicación y corrientes sociales y políticas, de reducir la sexualidad a un medio de placer y gratificación.

Sostenemos que, si bien es cierto que el placer y la gratificación son inherentes a la sexualidad responsable, la sexualidad misma está inherentemente unida a la procreación. La biología, por supuesto, apoya esta postura. La verdad médica es que nuestra naturaleza favorece la procreación a través de la espontánea expresión de la sexualidad. Pero esto también significa que la relación heterosexual es la única expresión natural de la sexualidad.

2) Las teorías demográficas no científicas de la sociedad mundial

Se debe prestar atención a las falacias de los análisis demográficos anti-vida. No hay en absoluto evidencia de que un aumento de la población automáticamente significque un empobrecimiento económico y malestar social.

Por el contrario, si miramos la historia reciente, encontramos que todas las naciones cultural y económicamente líderes disponen de poblaciones considerables. De hecho, la población es la fuente inicial del bienestar individual y social. Sólo con los recursos humanos de grandes poblaciones es posible desarrollar una cultura y tecnología diversificadas, logros científicos y economía de mercado que faciliten la multiplicación de bienes y servicios. Además, la investigación poblacional seria y no sesgada debe calcular el número de puestos de trabajo perdidos en países industrializados como resultado de la disminución de su natalidad.

En cuanto a la ecología, la necesidad de adaptar la producción y el consumo a la protección medioambiental es en sí misma otra inmensa fuente de empleo, más que un hándicap para la sociedad.

Por otra parte, no hay límite científico verificable para la capacidad del mundo de sostener vida humana. Afirmar tal límite es entrar no en ciencia, sino en demagogia. El problema de los países en desarrollo no es esencialmente la población en sí misma, sino una educación y una organización social pobres o inadecuadas.

3) Los ataques contra la vida son ataques contra los Derechos Humanos

Detectamos en los amplios asaltos contra la procreación, especialmente en los países en desarrollo, tendencias genocidas ciertas y mal disimuladas.¿Por qué algunos países ricos están tan interesados en financiar y promover la supresión de la vida? Bajo la retórica política observamos un miedo a ser superados en número. Porque la población es también una fuente de poder sobre el destino humano.

En un mundo libre que respeta los principios democráticos definidos en la Declaración Universal de los Derechos del Hombre, no puede aceptarse que el estado, ya sea mediante legislación, coerción o desinformación, intervenga en la esfera de los derechos individuales, los cuales incuyen el derecho a fundar auna familia y a decidir su tamaño.

Propuestas de la FIAMC para la Conferencia de Población y Desarrollo

Las Naciones Unidas tienen ahora la histórica oportunidad de afirmar su papel ideal como auténtico protector de los Derechos Humanos, no como su destructor. Así, pedimos

a la Conferencia de El Cairo y a la comunidad internacional que examinen y promuevan los siguientes objetivos:

- Reconocer que la destrucción o manipulación de vidas es contraria a la medicina y que los médicos nunca pueden ser requeridos o autorizados para cometer actos de agresión contra seres humanos, en ningún estado de su existencia.

- Reconocer la familia como el núcleo de la sociedad humana y estudiar todas las vías a través de las cuales puede ser fortalecida.

- Renunciar a todo miedo irracional de crecimiento de la población y concentrarse en abrir nuevos canales para el desarrollo económico, social, político y cultural de los inmensos recursos representados por las vidas humanas.

- Trabajar para superar las rivalidades destructivas existentes en la comunidad internacional y aceptar el hecho de que el desarrollo mundial es beneficioso para toda la humanidad.

- Ver la educación y el desarrollo social como las verdaderas respuestas a las cuestiones demográficas, promoviendo la educación de una sexualidad sana y una paternidad responsable.

LEY SOBRE COMITES HOSPITALARIOS DE ETICA. PROVINCIA DE TUCUMAN, REPUBLICA ARGENTINA.

Artículo 1°. Créanse los Comités Hospitalñarios de Etica (CHE) en los Hospitales "Angel C.Padilla","Zenón J. Santillán","Del Niño Jesús","Maternidad Nª Sª de las Mercedes" y "Nicolás Avellaneda", de la ciudad de San Miguel de Tucumán.

Art. 2°. Los Comités Hospitalarios de Etica estarán integrados por un Cuerpo Colegiado, que actuará con carácter ad honorem y cuyos miembros serán designados por el Director del Hospital correspondiente, el que deberá considerar en su constitución la mayor representatividad de experiencias y perspectivas.

Art. 3°. El Comité de cada Hospital estará formado de la siguiente manera: 50%, médicos de reconocida trayectoria profesional vinculados al hospital, y 50% restante, profesionales relacionados con la ética, tales como abogados, filósofos, eticistas, ministros religiosos, enfermeras y psicólogos, también vinculados al hospital.

Art. 4°. El Comité Hospitalario de Etica cumplirá funciones educativas, consultivas y de asesoramiento.

Art. 5°. Los Comités Hospitalarios de Etica no podrán aplicar sanciones, ni tendrán carácter de tribunal, siendo su labor exclusivamente consultiva sobre problemas planteados por los profesionales involucrados en decisiones éticas ,investigación, docencia y función asesorativa. Desarrollarán tópicos sobre temas generales y específicos que presenten problemas éticos.

Art. 6°. Los Comités Hospitalarios de Etica crearán su propio reglamento interno de funcionamiento y cada hospital tendrá un plazo de noventa días para la constitución y puesta en funcionamiento de los mismos, a partir de la fecha de promulgación de la presente ley.

Art. 7°. El Poder Ejecutivo deberá reglamentar la presente ley, dentro de los 120 días de su publicación.

Art. 8°. Comuníquese.

Honorable Legislatura:

El hombre, desde el mismo comienzo de la vida en la tierra, se vio enfrentado a dilemas fundamentalmente éticos, desde el ya conocido "no matarás", hasta aquellos relacionados con la concepción, la supervivencia y el desarrollo personal y ecológico. La evolución habría de mostrar un camino de reglas determinadas por la costumbre -"ethos" para los griegos, "moris" para alos romanos-, que habrían de regir su vida y sus actos.

La Medicina del siglo XX es fundamentalmente una Medicina de decisiones éticas. Junto al poderío que representan los conocimientos y las noveles técnicas incorporadas a la práctica médica de hoy, que permiten curar enfermedades antes consideradas fatales, aparecen en el médico la perplejidad frente a este poderío, ya que muchas veces no sabe cómo aplicarlo en el paciente concreto. La Medicina de hoy puede ya interferir el genoma y crear procedimientos para variar la pesada carga genética de enfermabilidad, curar el cáncer con radiaciones o quimioterapia, mantener la vida indefinidamente, manipular la concepción, congelar óvulos, espermatozoides y embriones, en fin, borrar los que hasta hoy considerábamos los límites normales de la vida y de la muerte. Frente a este enorme poderío tecnológico, podemos los científicos de hoy decir que somos gigantes técnicos, pero enanos éticos.

Los probblemas del hombre actual tratados desde la Medicina, están siendo solucionados desde la técnica pero no desde la perspectiva ética. A su vez, el médico está tendiendo a ignorar, no por malicia sino por sobreabundancia informativa que lo satura, los límites que pueden poner a su ejercicio profesional, tendiendo a caer en un paternalismo terapeútico negativo que solo tiene en cuenta los mejores intereses del médico frente a su paciente y no los de éste ante su enfermedad.

En este sentido, es fundamental llegara una situación de equilibrio entre los mejores intereses del médico para con su paciente y la libertad de éste para elegir modos alternativos de acción en la toma de decisiones sobre su propio cuerpo, en un marco de justicia y libertad bien informadas.

La relación médico-paciente es el equilibrio moral entre el principio de beneficencia -que detenta el médico-, al de libre albedrío -que corresponde al paciente- y el de justicia, determina la igualdad de oportunidades de todos los habitantes del Planeta Tierra.

La bio-ética es, pues, la conciencia necesaria de los principios que vienen conformando y desarrollando la vida espiritual de los países occidentales desde hace siglos. La historia natural de la ética nos introduce en la enunciación del principio de libertad moral que establece:"Todo ser humano es agente moral autónomo y como tal debe ser respetado por todos los que sostienen posiciones morales distintas". El pluralismo, la democracia y la ética, han sido las grandes conquistas de la modernidad; y la consideración del paciente como agente autónomo libre y responsable en la toma de decisiones médicas, es una consecuencia lógica de esas conquistas.

Loa Comités Hospitalarios de Etica (CHE) son pus, el ámbito natural de discusión de los problemas de la Medicina actual, en el contexto de una mentalidad pluridisciplinaria ampliamente abarcativa de las diferentes posiciones de planteo bioético de la Medicina actual.

Al mismo tiempo, en el seno de los Comités Hospitalarios de Etica, el médico, inquieto

por su futuro y la perspectiva de los métodos que aplica al paciente y su propio destino, hallará el lugar propicio parea evacuar sus dudas e inquietudes y morigerar sus ansiedades, producto de la conciencia ética en el cumplimiento del deber delegado por su paciente y la sociedad.

Tucumán no puede quedar al margen de esta novísima concepción de la Medicina moderna que ya tiene antecedentes ampliamente valorativos en otras provincias del país.

Dr. Armando Pérez de Nucci. Vicepresidente Comisión Legislación Social y Salud Pública. Honorable Legislatura de Tucumán. Argentina.

44ª ASAMBLEA MEDICA MUNDIAL. ESPAÑA, IX.1992 (Continuación de lo publicado en anteriores números)

Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre el ***SUICIDIO CON AYUDA MÉDICA*** *adoptada por la 44º Asamblea Médica Mundial. Marbella, España, setiembre de 1992.*

Recientemente se han dado a conocer a la opinión pública algunos casos de suicidios con ayuda médica, en los que se utiliza una máquina inventada por un médico que enseña su uso a la persona en cuestión. Por lo tanto, se ayuda a la persona a suicidarse. En otros casos, el médico ha proporcionado medicamentos a la persona informándola de la dosis que produce la muerte. A la persona se le entregan los medios para suicidarse. Para asegurarse, las personas que se han suicidado estaban gravemente enfermas, tal vez con una enfermedad terminal y dolores crónicos. Además, las personas estaban aparentemente con todas sus facultades y tomaron voluntariamente la decisión de suicidarse.

El suicidio con ayuda médica, como la eutanasia, es contrario a la ética y debe ser condenado por la profesión médica. Cuando el médico ayuda intencional y deliberadamente a la persona a poner fin a su vida, entonces el médico actúa contra la ética. Sin embargo, el derecho de rechazar tratamiento médico es un derecho básico del paciente y el médico actúa éticamente, incluso si al respetar ese deseo el paciente muere.

Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre la ***OBSERVACIÓN MÉDICA A DOMICILIO, TELEMÉDICA Y ÉTICA MÉDICA*** *adoptada por la 44º Asamblea Médica Mundial. Marbella, España, setiembre de 1992.*

Las tecnologías y terapias médicas modernas han permitido tratar y controlar (pero no sanar) muchas enfermedades potencialmente fatales. Estos logros médicos en el mundo entero han producido a su vez, un rápido aumento de la población de inválidos y enfermos crónicos de todas edades. El problema que enfrenta la comunidad de atención médica mundial es cómo entregar la mejor atención a esa población de inválidos y enfermos crónicos (incluyendo la necesidad de crear nuevas tecnologías y organizaciones médico-sociales).

El objetivo de la atención médica en estos casos es controlar la evolución de la enfermedad y ayudar a los pacientes a mantener su independencia y un máximo nivel de función en sus domicilios y comunidades.

El propósito de la atención médica no sólo incluye el diagnóstico y el tratamiento médico, sino que también la educación del paciente sobre la observación y supervisión médica prolongada y cuidado de sí mismo.

Los pacientes deben aprender a realizar una amplia gama de tareas médicas que en el pasado sólo eran llevadas a cabo por personal médico capacitado. Dichas tareas varían desde las de un paciente diabético que controla su nivel de glucosa en la sangre dos o cuatro veces diarias y regula la dosis de insulina apropiada, hasta las de un paciente con un marcapasos que aprende a utilizar el equipo para enviar una cinta con el ritmo electrocardiográfico por teléfono a la consulta del médico local o a un centro de observación distante. La tecnología de las telecomunicaciones ha abierto nuevas vías para que el médico reúna información y organice las necesidades médicas de sus pacientes a distancia. En la actualidad, mucha información médica puede ser transmitida por teléfono, incluyendo los electrocardiogramas, encefalogramas, rayos X, fotografías y documentos médicos de todo tipo. Dicha información se puede reunir y enviar desde el domicilio de un paciente a un centro médico principal para su interpretación y asesoría sobre el tratamiento. El rápido intercambio de información médica permite al paciente permanecer en su domicilio y comunidad, como también recibir la más completa y moderna atención médica.

La Asociación Médica Mundial reconoce que la telemedicina sin duda tendrá una función cada vez más importante en el ejercicio de la medicina en el futuro.

Para poner en marcha un sistema de televigilancia se necesita tocar los siguientes temas:

1. Una estación central necesita poder recibir y responder a las llamadas que llegan de distintos sistemas de biotelevigilancia.

2. Se necesita un sistema interactivo, como el sistema de interfonía, que permite dialogar e intervenir.

3. La red de telemedicina debe establecer un vínculo médico desde el domicilio del paciente hasta el centro médico más avanzado.

Para poner en funcionamiento los sistemas de televigilancia se necesita:

1. La utilización de sistemas de comunicación (teléfonos, televisión, satélites) para permitir a los médicos una consulta visual y la cooperación a distancia entre médicos, como también para conectar los establecimientos médicos de alta técnica con:

a) centros médicos más pequeños.

b) domicilios particulares.

c) clínicas de convalecencia.

d) áreas geográficamente aisladas y distantes o que no tienen fácil acceso en casos de emergencia

2. Transmisión de documentos: electrocardiogramas, encefalogramas, fotografías, radiografías, escáneres, análisis biológicos, ecogramas, imágenes de resonancia magnética, historia clínica del paciente, etc..

-Descripción de síntomas.

-Recomendaciones terapéuticas y médicoquirúrgicas.

3. Atención a domicilio (red de televigilancia); control en cardiología, obstetricia, diálisis renal, problemas respiratorios, impedimentos físicos graves, etc..

La Asociación Médica Mundial reconoce que, además de las dificultades tecnológicas que presenta el proyecto y puesta en marcha de los sistemas de telemedicina, que existen

también muchos problemas éticos y legales en estas nuevas prácticas. Por lo tanto, la Asociación Médica Mundial recomienda que los médicos utilicen las siguientes normas como elementos claves en el establecimiento de un sistema/red efectivo de telemedicina:

1. El médico debe determinar que el paciente o la familia sea competente y esté bien informada antes de iniciar un sistema de telemedicina.

Los sistemas que se basan en el paciente o la familia para reunir y enviar información no serían eficaces si los pacientes no entienden el significado de las pruebas y la importancia de completarlas. La cooperación psicológica y física del paciente es esencial.

2. Debe existir una estrecha colaboración y confianza entre el paciente y el médico responsable de su atención.

Las organizaciones que proporcionan servicios de telemedicina deben respetar el derecho del paciente de eligir su médico personal.

3. La estrecha colaboración entre el médico personal del paciente y el personal del centro de telemedicina es esencial para asegurar una atención de calidad, individualizada y humana.

4. Se debe asegurar el carácter confidencial de todos los antecedentes del paciente.

Debe existir un estricto control de acceso a los antecedentes, protección tecnológica y penas legales severas por infracción.

5. El Control de la calidad del equipo utilizado y de la información enviada es esencial para asegurar una atención adecuada.

Estrictos sistemas de control para la calibración y mantenimiento de equipos son necesarios para la seguridad del paciente.

Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre los ***PROBLEMAS CAUSADOS POR LA EPIDEMIA DEL VIH*** *adoptada por la 44° Asamblea Médica Mundial. Marbella, España, setiembre de 1992.*

La Asociación Médica Mundial ha adoptado previamente estratégias para hacer frente a la epidemia del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), las que incluyen evitar la discriminación del médico con respecto a pacientes infectados con el VIH, atención médica a los infectados, la responsabilidad de un médico infectado con el VIH para evitar infectar al paciente, no otorgar certificados falsos, cumplir con los procedimientos de control de la infección, cooperación con la autoridades públicas en programas de prevención, creación de programas y políticas nacionales, informar a pacientes para que eviten la infección del VIH, especialmente para aquellos con altas probabilidades de infección, test obligatorio en ciertas circunstancias como donación de sangre, informar de los casos de sida y de infección del VIH, equilibrar los derechos de los pacientes infectados con los de los sanos, secreto de la información médica del paciente e investigación para establecer la frecuecia e incidencia del VIH.

La cantidad de personas infectadas por el VIH y de las que han desarrollado el sida ha aumentado constantemente. Se estima que para el año 2.000 habrá 40 millones de personas infectadas con VIH en todo el mundo. Por los tanto, la Asociación Médica Mundial expresa su continua preocupación para que las asociaciones médicas nacionales asuman una función activa en política y programas de prevención, tratamiento e investigación. La Asociación Médica Mundial agrega lo siguiente a sus recomendaciones previas:

1. Que las asociaciones médicas nacionales, en cooperación con todos los segmentos de la sociedad y el Gobierno, creen e implementen un programa completo de prevención, tratamiento e investigación del VIH.

2. Que las asociaciones médicas nacionales colaboren con todos los medios y formas de comunicación a fin de asegurar un programa coordinado de prevención, conciencia del tratamiento y compasión pública hacia la persona infectada.

3. Que las asociaciones médicas nacionales informen a los médicos de su responsabilidad de informar a sus paciente lo más completamente posible de las consecuencias de un test positivo. Al hacer esto, los médicos deben tener tacto y delicadeza, como considerar la condición psicológica de sus pacientes.

4. Que las asociaciones médicas nacionales colaboren en la preparación y educación de médicos en los tratamientos actuales de todas las etapas de la infección del VIH y en el uso de los programas de contorl de la infección y precauciones universales descritas por los centros de control de enfermedades.

5. Que las asociaciones médicas nacionales insistan en la necesidad de educación médica, biológica, clínica y psicológica relacionada con el VIH -pacientes infectados- a fin de ayudar a los médicos a prestar una atención eficaz a sus pacientes.

6. Que las asociaciones médicas nacionales estimulen a los médicos para que ayuden a sus pacientes a calcular el riesgo de la infección del VIH y a tomar las medidas de prevención adecuadas.

7. Que las asociaciones médicas nacionales revisen y estimulen mejores programas de control de la infección en los hospitales y otros establecimientos médicos.

8. Que las asociaciones médicas nacionales revisen y estimulen el mejoramiento del diagnóstico y tratamiento del VIH para mujeres y niños.

9. Que las asociaciones médicas nacionales promuevan el uso de las técnicas de salud pública que han tenido buenos resultados en el pasado con respecto a epidemias infecciosas, en especial de las enfermedades transmitidas sexualmente.

10. Que la relación entre el abuso de drogas y la transmisión del VIH es otra razón de peso para que las asociaciones médicas nacionales promuevan más el tratamiento contra el abuso de drogas.

11. Que las asociaciones médicas nacionales se unan a otras organizaciones médicas, profesionales y de salud, a fin de crear estrategias mundiales para la cooperación en la prevención, tratamiento e investigación del VIH, en especial las que pueden ser realizadas por sociedades profesionales.