

BIOÉTICA Y EDUCACIÓN SEXUAL EN LA SOCIEDAD PLURAL: EL PAPEL DEL MÉDICO

Autor/a responsable de la Comunicación: Ocampo Martínez Joaquín. Centro de trabajo: Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México. Dirección postal: Calle Brasil # 33 Centro Histórico. Cp: 06020 México, D. F. México. Teléfono: 00-52-55-5656-0691. E-mail: joaquinocampo@yahoo.com (PREFERENTEMENTE)

AUTORES: Ocampo Martínez Joaquín

PALABRAS CLAVE: educación sexual, responsabilidad profesional

Introducción

La Bioética surge en las últimas décadas como una de las múltiples respuestas a la toma de consciencia sobre los derechos humanos, como son los derechos morales en el ámbito de la sexualidad, entre otros. Todo ello en el contexto de una sociedad que también ha tomado consciencia de su pluralidad. El papel de los médicos como parte fundamental del Equipo de Atención a la Salud es motivo de reflexión al respecto, sobre todo en el desempeño de sus funciones como educador para la salud y en donde la educación para una sexualidad sana constituye un renglón insoslayable.

Desarrollo

En esta ponencia se hacen algunas reflexiones bioéticas acerca del derecho a la educación sexual en el seno de la sociedad plural y el papel que compete al médico en su responsabilidad como educador de la población sana y enferma, no sólo en la prevención de las enfermedades de transmisión sexual, sino además en lo

concerniente a todo tipo de orientación para la salud sexual que frecuentemente demanda la población sana y enferma que acude a los servicios de salud públicos y privados. Es importante establecer vínculos entre la sexualidad como expresión, la educación como proceso histórico-social y la bioética entendida como diálogo, reflexión y argumentación racional. El médico tiene la responsabilidad de someter a la reflexión y al análisis bioético, cuáles son sus retos ante la demanda de educar sexualmente a la sociedad desde una perspectiva que propicie la comunicación entre diferentes, una educación bioética para la sexualidad que postule como actitudes supremas la tolerancia y la aceptación del otro y al mismo tiempo la responsabilidad que todos y cada uno de los miembros de la sociedad tiene ante los demás, sobre todo en lo que a salud pública se refiere. Tal análisis y reflexión se hacen indispensables considerando la moral religiosa o no religiosa en que se fundamenta la orientación sexual que cada familia desea para sus hijos, la moralidad que reclaman las éticas profesionales en la relación médico-paciente

y la propia moralidad del médico sobre cuestiones sexuales.

Conclusiones

El médico tiene la responsabilidad de:

- Incluir el tema de la sexualidad en sus funciones como educador para la salud
- Involucrarse en una reflexión y análisis bioético que le permita encontrar las vías y métodos más adecuados para la educación sexual de la pobla-

ción considerando que en el seno de una sociedad plural, la formación de actitudes de respeto y tolerancia hacia las diversas formas de entender la educación sexual es un rubro que no puede pasarse por alto.

- Considerar que además del respeto a las particularidades e individualidades tiene también la obligación moral de educar sexualmente a los individuos en función de sus responsabilidades hacia la comunidad en términos de salud pública.

ANÁLISIS CUANTITATIVO DE LA EVOLUCIÓN DE TEMÁTICAS TRATADAS EN PUBLICACIONES BIOÉTICAS: EUTANASIA Y CÉLULAS MADRE

Autora Responsable de la Comunicación: Fornell Puertas, Beatriz. Centro de trabajo: Estudiante de la Facultad de Filosofía y Letras de Granada. Dirección postal: C/ San Sebastián de la Gomera, 14, 4º B, 18014 Granada. Teléfono: 657 646502. e-mail: beatrizfornell@yahoo.es

AUTORES: Fornell Puertas, Beatriz; Guadix Escobar, Antonio; Castro Sánchez, Adelaida

PALABRAS CLAVE: bioética, eutanasia, células madre.

1. Objetivos

El objetivo de este estudio fue analizar cuantitativamente la evolución temporal del volumen de artículos publicados en revistas de ámbito internacional y que tratasen temas de interés bioético tales como la eutanasia o la investigación con células madre.

2. Métodos

Como herramienta de trabajo se empleó la plataforma PubMed desarrollada por la National Library of Medicine (NLM) y que permite el acceso a la base de datos MEDLINE, que cubre unas 4800 revistas publicadas en más de 70 países. Una vez que se accedió online a PubMed, se introdujeron alternativamente los términos «euthanasia» y «stem cell OR stem cells» para ser localizados en los campos «Title/Abstract». La búsqueda se realizó año a año para el período 2000-2004, dentro de los subconjuntos «Bioethics» y «Humans».

3. Resultados

Para el término «euthanasia» se observó un descenso lineal en el número de artículos, partiendo de las 156 en 2000 y bajando hasta las 107 en 2004. En cuanto al término «stem cell OR stem cells» tuvo lugar un rápido crecimiento en el período 2000-2002, donde se pasaron de 109 a 231 artículos. En el año 2003 esta cifra descendió a 171 para remontar en 2004 alcanzando un valor de 236.

4. Conclusiones

En primer lugar, el análisis de los datos obtenidos tras la búsqueda apunta un descenso mantenido desde 2000 de la presencia de artículos relacionados con la eutanasia. Por otra parte, el número de artículos sobre células madre experimentó un aumento llamativo hasta 2002, estabilizándose en 2004. Finalmente, comparando ambas temáticas en los extremos del período estudiado, en 2000 los artículos sobre eutanasia superaban en un 43 % a los que trataban sobre células madre, mientras que en 2004 son éstos últimos los que superan en un 120 % a aquéllos.

ESTUDIO BIBLIOMÉTRICO VÍA INTERNET DE PUBLICACIONES EN BIOÉTICA DE DIFUSIÓN INTERNACIONAL

Autora responsable de la Comunicación: Fornell Puertas, Beatriz. Centro de trabajo: Estudiante de la Facultad de Filosofía y Letras de Granada. Dirección postal: C/ San Sebastián de la Gomera, 14, 4º B, 18014 Granada. Teléfono: 657 646502. e-mail: beatrizfornell@yahoo.es

AUTORES: Fornell Puertas, Beatriz; Guadix Escobar, Antonio; Castro Sánchez, Adelaida
PALABRAS CLAVE: bioética, bibliometría, internet.

1. Objetivos

En este estudio se pretendió identificar revistas de difusión internacional dedicadas a la investigación en bioética así como determinar los parámetros que cuantifican su impacto en la comunidad científica.

2. Métodos

La metodología empleada consistió en la búsqueda dentro de la publicación electrónica Journal Citation Reports (JCR) de la plataforma ISI (Institute of Scientific Information) Web of Knowledge. A continuación, se seleccionaron las categorías relacionadas con la bioética y se obtuvo el correspondiente listado de revistas. Finalmente, para cada año del período 2000-2004, se cuantificaron y compararon, para cada revista, el número de artículos publicados, el número de citas recibidas y el índice de impacto (cociente citas recibidas en los dos últimos años/artículos publicados en los dos últimos años).

3. Resultados

Dentro de la categoría JCR «Medical Ethics», se hallaron las siguientes publicaciones: Bioethics (Reino Unido), Journal of Medical Ethics (Reino Unido), Genetic Counseling (Suiza), Ethnicity & Health (Estados Unidos), Journal of Law Medicine & Ethics (Estados Unidos) y Hastings Center Report (Estados Unidos). En cuanto a número de artículos, destacaron Journal of Medical Ethics y Journal of Law Medicine & Ethics. Por número de citas recibidas, sobresalieron Hastings Center Report y Journal of Medical Ethics. En lo referente al índice de impacto se observó una tendencia creciente para Journal of Medical Ethics, decreciente para Genetic Counseling y aproximadamente constante para el resto. Asimismo, tuvo lugar un incremento mantenido en el número total de artículos publicados desde los 207 en 2000 hasta los 330 en 2004.

4. Conclusiones

A la vista de los resultados obtenidos, podemos concluir que la base de

datos JCR permite determinar detalladamente los parámetros bibliométricos de revistas enfocadas a estudios bioéticos, tanto en términos cuantitativos (número de artículos y citas) como

cualitativos (índice de impacto). Finalmente, el aumento en el volumen total de publicación durante los últimos años pone de manifiesto el creciente interés por la investigación bioética.

LA INVESTIGACIÓN CON CÉLULAS MADRE EMBRIONARIAS HUMANAS EN LA LEGISLACIÓN EUROPEA

Autor/a Responsable de la Comunicación: Roberto Germán Zurriarán. Centro de trabajo: Departamento de Ciencias Humanas y Sociales Universidad de La Rioja. Dirección postal: c/ Baja Navarra 64 // 31006. Pamplona. Navarra. Teléfono: 948-291048. e-mail: rgerman@alumni.unav.es

AUTORES: Roberto Germán Zurriarán

PALABRAS CLAVES: legislación europea, investigación, células embrionarias.

1. Objetivos

Revisar las legislaciones europeas acerca de la investigación con embriones humanos. Discutir las tendencias legislativas europeas acerca del tratamiento suministrado al embrión humano. Analizar la nueva ley española de reproducción asistida acerca de la investigación con embriones humanos.

2. Material y método

Se ha realizado una revisión bibliográfica con relación al tema de la investigación con embriones humanos mediante la búsqueda en Internet y la búsqueda directa en revistas y libros de reconocido valor científico y de divulgación internacional.

3. Resultados

1. Países europeos que prohíben la investigación con células embrionarias extraídas de embriones sobrantes de FIV:

Italia (Ley 40/2004), Irlanda, Austria (Ley Federal 293/1992), Alemania (Ley 745/1990 y la Ley de Células Troncales), Suiza (la Constitución), Noruega (Ley 56/1994).

2. Países europeos que permiten la investigación con células embrionarias extraídas de embriones sobrantes de FIV:

La obtención de células madre embrionarias humanas a partir de embriones sobrantes congelados está permitida por ley, en determinadas condiciones, en Finlandia (Ley 488/1999), Grecia (Ley 3089/2002), Holanda (Ley de 2002), Dinamarca (Ley 460/1997 y Ley 427/2003), Suecia (Ley 115/1991), Francia (Ley 2004-800), Bélgica (Ley de 2003) Reino Unido (Ley de 1990 y 2001), España (el nuevo Proyecto de Ley de Reproducción Asistida).

3. Países europeos sin legislación específica

Luxemburgo, Portugal, Chipre, Malta, República Checa no tienen una legislación específica. Estonia (Ley de 1997), Hungría (Ley de 1997) Letonia y Eslovenia permiten la investigación con embriones humanos

en determinadas condiciones. En Lituania, Polonia y Eslovaquia la investigación con embriones humanos está prohibida.

Conclusiones

Las distintas legislaciones europeas adoptan distintas posiciones con relación a la regulación de la investigación con células embrionarias. Se puede afirmar que la ley italiana es actualmente la legislación europea que más protege la vida del embrión humano desde su inicio.

Así también, se puede afirmar que se da una tendencia hacia la investigación con células madre extraídas de los embriones sobrantes de la FIV. El Reino Unido es el país de la Unión Europea que menos garantiza la protección de la vida del embrión desde su inicio en aras de finalidades terapéuticas. Parece ser que la nueva ley española de reproducción asistida y la que está en curso sobre investigación biomédica siguen los pasos de la legislación británica.

¿REALIZAMOS ADECUADAMENTE EL INGRESO PSIQUIÁTRICO FORZOSO?

Autor/a responsable de la Comunicación: Alonso Mateos Rodríguez. Centro de trabajo: SUMMA 112. Dirección postal: C/ TRAMONTANA, 3 2º D 28223 POZUELO DE ALARCÓN (MADRID). Teléfono: 607110309 915189851. e-mail:amateosrodriguez@hotmail.com

AUTORES: Ángel Huerta, Raquel Rodríguez, Joaquín Barragán, Miguel Ángel Benito.

PALABRAS CLAVE: ingreso psiquiátrico forzoso, traslado forzoso, ley de enjuiciamiento civil.

1. Objetivo

Conocer la frecuencia de traslado forzoso (TF) en nuestro ámbito. Conocer si en la historia clínica se recogen de forma correcta los motivos del traslado y la cumplimentación legal del mismo. Valorar la adecuación clínica del traslado. Objetivar la cumplimentación de la instrucción técnica IT-SER/02 del SUMMA 112 sobre traslado forzoso.

2. Métodos

Se buscaron los avisos que habían generado la utilización de la ambulancia psiquiátrica. De esos avisos se realizó un estudio rellenando una hoja de datos con los siguientes ítem: datos de afiliación, edad, sexo, patología psiquiátrica previa y actual, motivo del traslado, modo de reflejarlo en la historia, realización del P-10, y posible adecuación clínica del traslado. Se realizó análisis informático con el software spss. Se valora la realización del parte de interconsulta P-10 porque la instrucción técnica del SUMMA 112 así lo exige para llevar a cabo el TF.

3. Resultados (1)

Se revisaron 200 historias clínicas que habían acabado en un traslado forzoso. Un 75 % de los TF son varones. La edad media fue de 32 años. La patología psiquiátrica previa más prevalente fueron los trastornos del estado del ánimo (Depresión, Ansiedad, Trastorno bipolar) con un 40 %, seguido de la esquizofrenia con un 25%. Hay un porcentaje importante de pacientes sin antecedentes conocidos, un 15%. Las causas más frecuentes que motivaron el TF son las alteraciones del comportamiento en general (30%), la agresividad (29%) y los intentos autolíticos (20%). En la mayor parte de las historias clínicas (95 %) está recogido de forma explícita la orden del traslado forzoso mediante la leyenda «se realiza TF bajo el amparo del artículo 763 de la ley de enjuiciamiento civil». Encontramos que en el 95% de los casos el TF es congruente según cuenta la historia y la literatura médica actual. Solo en el 27% de los casos se ha cumplimentado el P-10.

Conclusión: La patología previa que más frecuentemente genera TF son las

alteraciones del estado de ánimo. Los motivos más frecuentes del traslado son la agresividad y las alteraciones del comportamiento. En la mayoría de las historias clínicas está bien cumplimentado la necesidad de TF según la ley preservando así el derecho de autonomía del paciente, de todas formas, en muy pocas se ha realizado el P-10 según manda el manual de calidad del SUMMA 112. La mayoría de

los traslados parecen congruentes con la literatura actual. Podemos afirmar que en nuestro ámbito el TF se realiza ajustado a la ley y preservando los derechos del paciente.

(1) Resultados recogidos con el 25% de las historias clínicas revisados. Son, por tanto, datos provisionales.

CUESTIONES BÁSICAS DE BIOÉTICA EN MEDICINA EXTRAHOSPITALARIA

Autor/a responsable de la Comunicación: Mateos Rodríguez, Alonso A. Centro de trabajo: SUMMA 112. Dirección postal: C/TRAMONTANA, 3 2º D 28223 POZUELO DE ALARCÓN (MADRID). Teléfono: 607110309 915189851. e-mail: amateosrodriguez@hotmail.com

PALABRAS CLAVE: bioética, medicina extrahospitalaria.

1. Introducción

La medicina extra-hospitalaria engloba la serie de actos médicos realizados fuera del hospital en pacientes, que por su potencial gravedad, han de ser derivados al mismo para la completa valoración y tratamiento. Debido a esta potencial gravedad se ponen en juego una serie de circunstancias que interesan a los principios básicos de la bioética.

2. Desarrollo

El principio de beneficencia no es aplicable a todos los casos que nos encontremos. No es cierto que toda persona en parada cardiorrespiratoria (PCR) solo es susceptible de mejorar. Debemos valorar el pronóstico de ese paciente. Existen una serie de indicaciones y contraindicaciones en la reanimación (RCP).

El principio de no-maleficencia se complementa con el anterior. De un 20 a un 50% de las personas recuperadas de una PCR tienen lesiones neurológicas permanentes. Esto nos preocupa cada

vez más a los sanitarios de los sistemas de emergencia.

En cuanto al principio de autonomía, se encuentra subyugado por la urgencia vital pero, en los últimos años, hemos visto crecer imparable los documentos de voluntades anticipadas y las ordenes de no intentar reanimación (DNAR). ¿Cómo cambia esto nuestro trabajo?

El principio de justicia busca la igualdad entre todos y evita la futilidad en una RCP. Es conveniente valorar la necesidad de una RCP cuando estamos en un accidente con múltiples víctimas, o cuando esta en peligro la vida del reanimador. También interesa al principio de justicia la obligación política del acceso igualitario al sistema de emergencias.

3. Conclusiones

En nuestra práctica diaria nos encontramos con dilemas éticos que debemos resolver en segundos para tomar decisiones. La experiencia personal es que nos faltan aun muchas claves para tomar estas decisiones.

CONEXIONISMO Y BIOÉTICA DE LA MANIPULACIÓN CEREBRAL

Autor/a responsable de la Comunicación: Echarte Alonso, Luís E. Departamento de Humanidades Biomédicas. Facultad de Medicina. Universidad de Navarra 31080 - Pamplona. ESPAÑA. Correo E: lecharte@unav.es. Tf: (948) 425600 Ext 6577. Fax : (948) 425630

AUTORES: Echarte Alonso, Luís E.

PALABRAS CLAVE: Neuroethics, conexionism, enhancement.

1. Introducción

Los nuevos avances neurocientíficos están desvelando mejores teorías sobre el funcionamiento del sistema nervioso central así como nuevas y más potentes técnicas de observación y manipulación del cerebro. Sin embargo, mientras los avances técnicos están abriendo amplios horizontes para la intervención cerebral, las teorías de corte conexionista aconsejan un uso restrictivo de dicha tecnología dadas las peculiares características del cerebro. Esta comunicación pretende reflejar dicha controversia así como exponer las claves éticas que pueden justificar un específico control tecnológico.

2. Desarrollo

Gracias a las nuevas técnicas de neuroimagen, especialmente la resonancia magnética funcional, así como al estudio de modelos neuronales mediante su recreación en ordenadores, se han reforzado las teorías conexionistas sobre el cerebro en detrimento de otros modelos tipo modulares. En efecto, las investigaciones

sobre el cerebro se dirigen hoy hacia el estudio de las propiedades de redes en modelos computacionales y su posible implementación en sistemas orgánicos. Ahora bien, una de las características más importantes que descubren el estudio de estos sistemas es la amplificación y distribución de los estímulos a lo largo de toda la red, una propiedad que se magnifica en medios plásticos como el neuronal. Esta propiedad supone, sin embargo, un grave obstáculo para la aplicación de nuevas tecnologías en cerebros humanos. Y es que, bajo la hipótesis conexionista, toda intervención localizada en un punto del cerebro tiene importantes repercusiones en el resto de la red, aún más si dicha red está en proceso madurativo. Si esta hipótesis es correcta, en toda investigación o terapia invasiva hay riesgo de provocar cambios significativos en el estado mental final del paciente. Unas modificaciones que, sin embargo, pueden no mostrarse evidentes hasta pasado cierto tiempo. Este es un problema que se ve agravado, además, por el hecho de que parte de la neuro-tecnología desarrollada en los últimos años ya ha sido comercializada por

sus relevantes y positivos efectos a corto plazo, fundamentalmente en el campo de la neurofarmacología.

Conclusión: Es necesario un detenido análisis sobre los riesgos y beneficios de las terapias e investigaciones por ser el cerebro un órgano con propiedades di-

ferenciadas respecto al resto del organismo. Por otro lado, es necesario también advertir a los potenciales consumidores de las peculiaridades de dichas tecnologías así como de los probables efectos adversos que puede acarrear su uso a largo plazo.

ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN EN PACIENTES EN ESTADO VEGETATIVO ¿EUTANASIA POR OMISIÓN?

Autor/a responsable de la Comunicación: José María Pardo Sáenz. Facultad de Teología. Universidad de Navarra. jmpardo@unav.es

AUTORES: José María Pardo Sáenz

PALABRAS CLAVE: Eutanasia, estado vegetativo.

1. Introducción

La cuestión que nos planteamos en esta comunicación es si retirar la alimentación e hidratación artificiales a un enfermo en estado vegetativo constituye un acto de eutanasia por omisión. No pretendemos entrar en la casuística. Sólo intentamos dar unas orientaciones que puedan ayudar al agente sanitario a formarse el juicio moral.

2. Desarrollo

En estos últimos decenios se ha suscitado una controversia, especialmente en el ámbito anglosajón y en concreto en EE.UU, a propósito de la aplicación de los cuidados ordinarios en pacientes con patologías neurológicas.

En algunos círculos médicos se tiende a considerar la hidratación y la alimentación artificiales como intervenciones terapéuticas —actos médicos— de carácter extraordinario y, por tanto, no debidas al paciente. Otros, por el contrario, consideran la alimentación e hidratación como medios ordinarios de supervivencia y no de curación.

Tal problemática trascendió rápidamente el ámbito estrictamente clínico, para involucrar a otras ciencias del saber. Estaba en juego la dignidad de la persona. Muchos médicos, enfermeras, agentes sanitarios y familiares se preguntaban cómo actuar en estos casos: yo agente sanitario, yo familiar, ¿actúo bien al retirar la alimentación a un paciente EVP? ¿Cuál es la calificación moral de retirar o mantener la alimentación e hidratación a tal enfermo? ¿Qué criterios morales empleo para mi actuación? ¿Cuándo empieza el encarnizamiento terapéutico? Mi decisión y actuación, ¿se pueden calificar como eutanasia?

Como era de esperar, la reflexión ética se embarcó muy pronto en la cuestión. Comenzó así un debate que se prolonga hasta nuestros días. Para algunos la administración artificial de alimentación e hidratación es obligatoria desde el punto de vista moral, para otros no.

El texto base para el desarrollo de la comunicación será el Discurso de Juan Pablo II a los participantes en un Congreso sobre «Tratamientos de mantenimiento vital y estado vegetativo» que organizaron conjuntamente la Federación Mundial

de Asociaciones de Médicos Católicos y la Academia Pontificia para la Vida, Reflexiones sobre los problemas científicos y éticos relativos al estado vegetativo, Roma, 17-20 de marzo de 2004.

3. Conclusión

En principio, la alimentación e hidratación son medios ordinarios y, por tanto, moralmente obligatorios. El ser humano nunca puede ser objeto de una voluntad

de muerte, sino solamente y en ciertos casos excepcionales de una voluntad permisiva, que tolera un mal que no puede ser evitado. Retirar la alimentación e hidratación en un paciente en estado vegetativo estaría justificado desde el punto de vista moral, única y exclusivamente cuando el mal que representa el fin de las posibilidades de vida no puede ser evitado, es decir, cuando mantener estas medidas se presenta como física o moralmente imposible.

BIOTECNOLOGÍA. BIOÉTICA. NUEVOS DERECHOS HUMANOS. Y CONSTITUCIÓN

Autor/a Responsable de la Comunicación: Xabier Vila. Dirección postal: apartado de correos nº 26, 28080-Madrid. Teléfono: 696 471 583. e-mail: xvila-coia@cps.ucm.es

AUTORES: Xabier Vila

PALABRAS CLAVE: Bioética. Derechos Humanos. Constitución.

1. Introducción

Partiendo de la clasificación de Macpherson de los Derechos Humanos en: 1) Libertades y derechos cívicos; 2) Derechos políticos; y, 3) Derechos económicos y sociales; establezco una cuarta categoría: los Derechos biológicos, que estarían conformados, a mi entender, por tres nuevos Derechos Humanos: 1) El derecho a ser clonado; 2) El derecho a decidir la propia muerte; y, 3) El derecho a la integridad y la dignidad del propio cuerpo muerto. La intención última del trabajo será integrarlos como Derechos Fundamentales en el marco de la Constitución Española de 1978.

2. Desarrollo

a.- «El derecho a ser clonado». Entiendo que la clonación reproductiva debe ser considerada como una Técnica más de Reproducción Asistida, en el mismo plano que la inseminación artificial y la fecundación in vitro; ya que los motivos que pueden llevar a una persona a desear ser clonada son los mismos que hacen que una pareja tradicional quiera tener des-

endencia. Sin embargo, como quiera que cada vez es mayor el número de parejas «no tradicionales» (p. ej. homosexuales) y de personas solas (singles); la clonación devendrá en la única técnica que les posibilitará tener descendientes que porten sus genes, evitando así tener que recurrir a donantes anónimos de gametos. Es fácil comprobar que esta práctica respeta escrupulosamente los cuatro principios bioéticos: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia.

b.- «El derecho a decidir la propia muerte». Mi postura es que cuando una persona competente considera que su calidad de vida (CDV) está por debajo de un umbral subjetivo es libre, en virtud del principio de autonomía, de decidir si desea o no continuar viviendo.

Cuando la persona es incompetente; esto es, considerando con H. T. Engelhardt que si «el cerebro está muerto, la persona está muerta» (carece, entonces, de autonomía); el principio bioético de beneficencia legitima la práctica de la eutanasia activa nunca la pasiva, pues ésta supone una flagrante violación del principio de no maleficencia, el cual obliga aún más que el anterior.

c.- «El derecho a la integridad y la dignidad del propio cuerpo muerto». Todos los ordenamientos jurídicos reconocen que los muertos no tienen derechos.

En el Estado español la Ley 29/1980, el Real Decreto 2330/1982 y la Ley de Enjuiciamiento Criminal autorizan u obligan a la realización de autopsias aún contra la voluntad del fallecido. Siguiendo el razonamiento de Adela Cortina, es posible oponerse a esta apropiación del cadáver por parte del Estado si desde la «doble perspectiva» de mis creencias y mi cultura considero que mis intereses son generalizables.

3. Conclusiones

El «anclaje» constitucional de estos tres Nuevos Derechos Humanos sería el siguiente:

El Derecho Fundamental a la vida (art. 15 CE) es el derecho-núcleo en el que es posible fundamentar el «derecho a ser clonado», porque entiendo dicho derecho no sólo como el derecho a que el Estado y los demás miembros de la sociedad respeten nuestra vida, sino como un derecho a dar y transmitir la vida; esto es, como un derecho individual a la procreación y a la transmisión de los genes propios.

Respecto al «derecho a decidir la propia muerte», el bien jurídico a proteger no sería la vida sino la dignidad de la persona (art. 10.1 CE). Dicha dignidad es un valor jurídico no susceptible de ser completado nunca. Incluye numerosos derechos, pero se halla intrínsecamente ligada al libre desarrollo de la

personalidad y a la libertad de ideas y creencias.

En consecuencia, es defendible el «derecho a decidir la propia muerte» tomando como referencia el valor superior libertad (art. 1.1 CE), en relación directa con el principio de dignidad de la persona que también impregna todo el texto constitucional, pues en esa interrelación ambos se llenan mutuamente de contenidos que dotan de sentido al derecho de autodeterminación individual, en base al cual cada uno de nosotros puede disponer libremente de su vida.

En el artículo 15 encontramos también el derecho-núcleo que legitima el «derecho a la integridad y la dignidad del propio cuerpo muerto»; concretamente en el párrafo que declara el derecho «a la integridad física y moral».

Como quiera que el cadáver de una persona conserva intacta parte de su naturaleza y dignidad humanas, ello obliga a respetar las decisiones que hubiera adoptado en vida (como se hace en los supuestos de donación de órganos para trasplante), y no cabe alegar por ello un abuso de derecho contrario al «interés general» pues, en realidad, no es sino una injerencia inadmisibile del poder del Estado en la esfera privada de los ciudadanos. Si no fuese así también debería alegarse el interés general para obligarnos a todos a ser donantes de órganos.

La inevitabilidad de sufrir una autopsia en los casos en los que la ley la impone, en contra de la voluntad expresa de las personas, es no sólo un acto que viola su integridad física, sino, además,

su plenitud moral, en la medida en que no se respetan sus creencias por el mero hecho de estar muerta, apropiándose la colectividad de lo que quizás considera

más valioso: su cadáver. Constituye, asimismo, un ataque a su dignidad humana, inseparable del derecho a la integridad física y moral.

ELECCIÓN INFORMADA EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN DOS MUESTRAS DE MUJERES

Autor/a Responsable de la Comunicación: López del Burgo, Cristina. Centro de trabajo: Dpto. Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad Medicina. Universidad de Navarra. Dirección postal: C/ Irunlarrea 1, 31080. Pamplona. Teléfono: 948425600 (ext 6216). e-mail: clopez4@alumni.unav.es.

AUTORES: Cristina López del Burgo, Carmen Marina López de Fez, Jokin De Irala Estévez

PALABRAS CLAVE: Consentimiento informado, postfecundación, planificación familiar.

1. Antecedentes

Ciertos estudios indican que el mecanismo de acción de los métodos de planificación familiar (PF) es importante para asegurar la elección informada de la mujer. La importancia radica en que algunos métodos pueden interferir con el desarrollo normal de un embrión, una vez producida la fecundación.

2. Objetivos

Revisar, aplicando criterios de medicina basada en la evidencia, la información disponible en la actualidad acerca de los mecanismos de acción de los anticonceptivos orales (píldora), la píldora postcoital y el dispositivo intrauterino (DIU). Valorar las opiniones y actitudes que tienen las mujeres en edad fértil de los centros de salud de Pamplona respecto a los métodos de PF con un mecanismo postfecundación, y compararlas con una muestra representativa de mujeres españolas.

3. Métodos

Clasificación de la calidad de la evidencia de los estudios según los criterios de US Task Force. Estudio descriptivo transversal de una muestra de los centros de salud de Pamplona y de una muestra representativa española de la población femenina fértil entre 18 y 49 años. Realizado mediante un cuestionario de 30 preguntas sobre el conocimiento, las opiniones y actitudes en PF. Se presentan los resultados de los análisis iniciales en ambas muestras.

4. Resultados

Existen evidencias científicas de que la píldora, la píldora postcoital y el DIU pueden tener un mecanismo postfecundación.

El 80% de las mujeres españolas, y el 91% de las mujeres de la muestra de Pamplona, opina que el médico debería informarles con más detalle si un método puede actuar después de la fecundación o

de la implantación, independientemente de sus creencias. El 40% de las mujeres de Pamplona y el 45% de las españolas refieren que no utilizarían un método que puede actuar después de la fecundación. Si el método puede actuar después de la implantación, asciende al 57% en ambas muestras, la proporción de las que no lo utilizarían. Si las mujeres fuesen informadas de que el método que utilizan puede actuar después de la fecundación, el 35,3% de las mujeres de Pamplona y el 48% de las españolas dejarían de usarlo. Si supieran que el método puede actuar después de la implantación, el 62% de las mujeres en ambas muestras dejaría de usarlo. Las variables asociadas significativamente con más frecuencia a estas opiniones son: el momento en el que se considera

que comienza la vida, la religión y el considerar que es importante distinguir si una pérdida embrionaria es espontánea o provocada por un método de PF.

5. Conclusión

El conocimiento de los posibles mecanismos de acción postfecundación de algunos métodos de PF puede condicionar la elección de algunas mujeres. Es necesario informar a las mujeres también sobre los mecanismos de acción postfecundación de algunos métodos de PF para que puedan ejercer su derecho a elegir libremente. De hecho, la mayoría de las mujeres quieren ser informadas sobre ello.

LA INFLUENCIA DE LOS COMITÉS NACIONALES EN EL DESARROLLO DE LA LEGISLACIÓN ACTUAL SOBRE BIOMEDICINA

Autor/a responsable de la Comunicación: Díez Fernández, José Antonio Centro de trabajo: UNIVERSIDAD COMPLUTENSE. Dirección postal: Egido de la Alcantarilla, 14. 23002 JAÉN. Teléfono: 953233738/690279893. e-mail: joseadiez@terra.es

AUTORES: Díez Fernández, José Antonio

PALABRAS CLAVE: Comités Nacionales-legislación-bioética

1. Objetivos:

Poner de manifiesto cómo la acción desempeñada en los últimos 20 años por los principales Comités Nacionales de Bioética (CN) europeos ha influido en los principios inspiradores y en el desarrollo de las leyes sobre cuestiones biomédicas de cada uno de sus países. En concreto, demostrar cómo en muchos de esos países, una institución dedicada específicamente a la reflexión bioética, sin abandonar su carácter de organismo consultivo, ha actuado como una instancia pre-legislativa, pues el legislador nacional ha incorporado al texto de la ley, las recomendaciones e informes emitidos por los Comités.

2. Método:

Esta comunicación es fruto de la investigación realizada para la elaboración de una tesis doctrinal sobre «Comités Nacionales de Bioética», defendida por el autor en la Facultad de Derecho de la Universidad Complutense de Madrid,

en diciembre del 2004. Extracta alguna de las conclusiones más significativa de esa tesis, debidamente actualizadas. Las fuentes para la elaboración del trabajo han sido revistas científicas especializadas en Ética, Medicina y Derecho; algunos manuales y monografías sobre bioética; la información facilitada por los propios Comités, a través de sus páginas web y, sobre todo, una serie de cuestionarios enviados por esos organismos a la COMETH (Conferencia de Comités Nacionales de Ética del Consejo de Europa), en marzo de 2005.

3. Resultados y conclusiones:

a) Los Comités Nacionales de Bioética son instancias de carácter nacional o internacional, dotadas de una composición interdisciplinaria «... encargadas de informar a la colectividad y a los poderes públicos de los progresos científicos y técnicos alcanzados en la embriología, en la investigación y en la experimentación biológicas; de orientar y de controlar las posibilidades de aplicación, de evaluar

los resultados, ventajas e inconvenientes, principalmente desde el punto de vista general, es decir, incluyendo también las dimensiones de derechos del hombre, de la dignidad humana y de otros valores éticos...»2.

b) Tales funciones excluyen, de entrada, tanto que su consulta tenga carácter prescriptivo como que sus opiniones en materias sobre las que han de legislar los Estados, vinculen a los poderes públicos. La autoridad de un comité de ética, se ha dicho, no puede ser mayor que la autoridad de sus argumentos. Sin embargo, con frecuencia el motivo para el establecimiento de CN ha sido el interés de los gobiernos por encauzar jurídicamente los desafíos planteados por las nuevas técnicas reproducción artificial y la genética humana. En estos casos, el inicio del proceso legislativo para la aprobación de esas leyes, coincide con la aparición de un CN. En algunos países europeos (Francia, Bélgica, Portugal, etc.) se erigieron en una vía para trasladar las pautas éticas al Derecho: facilitaron la plasmación en leyes de aquellos principios éticos que se consideraba debería impregnar los nuevos avances biotecnológicos que afectan al hombre, sin por ello abandonar su vocación de foro de mediación y debate.

c) En unos pocos casos, el carácter de instancia prelegislativa atribuido a muchos de los CN, viene predeterminado por la legislación o en el propio estatuto por el que se rige el Comité; en la mayoría de los países (en esta comunicación aportamos datos de Italia, Suecia, Gran Bretaña), sin embargo, se trata de una nota que se manifiesta a posteriori, al

comprobar el impacto que las opiniones del CN han tenido en el debate público, en las discusiones parlamentarias, etc., previas a la promulgación de las leyes; lógicamente, resulta mucho más difícil precisar cuál sea el influjo real que un Comité ha ejercido en este segundo supuesto que en el primero.

d) Países donde la ley les reconoce, explícita o implícitamente, papel de instancia pre-legislativa:

1. Francia: el artículo 1 de ley de 800/2004, como ya hiciera el 23 de la de julio de 1994, atribuye al Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE) la misión «emitir sus opiniones («avis») y publicar sus recomendaciones sobre los problemas morales suscitados por la investigación en el ámbito de la biología, la medicina y otras ciencias de la Salud, relativos al ser humano, a diferentes grupos sociales o a la sociedad en su conjunto».

2. Dinamarca: ley de 9 de junio de 2004, parte 1, 1.2, establece que el Consejo de Ética danés aconsejará al Parlamento, a los ministerios y a las autoridades públicas en los problemas éticos suscitados por: la investigación y aplicación de las biotecnologías y de la ingeniería genética en seres humanos, ecología y medioambiente, funcionamiento de la sanidad, investigación en biomedicina.

3. Suiza: el artículo 28 de la ley de 18 de diciembre de 1998, sobre reproducción asistida, prevé el establecimiento de la Comisión Nacional de Ética para la medicina humana y le asigna las siguientes funciones:

— elaborar directivas que complementen esta ley.

- Señalar las lagunas (sobre estas materias) que se observen en la legislación.
- Aconsejar (a petición de esos organismos) al Parlamento federal, al Consejo federal y a las Cantones.

4. Portugal: el artículo 2 de la ley 14/90 de 9 de junio asigna al Conselho Nacional de Etica para as Ciencias da Vida (CNECV) la misión de emitir opiniones («pareceres») sobre los problemas cuando sea requerido por el Presidente de la República, la Asamblea Parlamentaria, miembros del Parlamento, del Gobierno.

5. Alemania: el Decreto de 2 de mayo de 2001, Apartado 2 (2) y (3) determina que Comité Nacional de Ética (NER) puede, a instancias del Canciller federal o del Bundestag, emitir sus opiniones y hacer recomendaciones sobre aspectos políticos y acciones legislativas en las materias de su competencia.

6. Bélgica: Acuerdo de cooperación, de 15 de enero de 1993 y ley federal de 6 de marzo de 1995 señalan que el Comité Consultivo de Bioética expresará su opinión sobre los problemas éticos, sociales y jurídicos (en especial, lo que concierne a los derechos humanos), suscitados por la investigación científica y sus aplicaciones en el ámbito de la biología, la medicina y la salud, a instancia de los Presidentes de las diversos Parlamentos (el Federal y el de cada Comunidad lingüística), o de un miembro del Gobierno.

Questionnaire on the functioning of National Ethics Committees. Strasbourg, 29 march Doc. COMETH/INF (2005)1.

2 CONSEJO DE EUROPA. Recomendación 1100 de 1986, parágrafo 9B del Anexo.

LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA FARMACÉUTICA A LA DISPENSA DE LA PÍLDORA DEL DÍA SIGUIENTE

Autor/a responsable de la Comunicación: Cobacho López, Ángel. Centro de trabajo: Universidad Católica San Antonio (UCAM). Dirección postal: Campus de los Jerónimos s/n, 30107 Guadalupe (Murcia). Teléfono: 676190217. e-mail: acobacho@pdi.ucam.edu

AUTORES: Cobacho López, Ángel

PALABRAS CLAVE: conciencia, aborto, sentencia.

1. Objetivos

Realizar un acercamiento a la situación biojurídica relacionada con la píldora del día siguiente, para a continuación analizar el discutido derecho de objeción de conciencia cuyos titulares serían los farmacéuticos encargados de la dispensa de tal medicamento.

2. Métodos

En primer lugar, un estudio básico del funcionamiento y mecanismo de actuación de la píldora del día siguiente; a continuación, una reflexión acerca de su supuesto efecto abortifaciente, teniendo en cuenta las aparentes posturas antitéticas de la OMS y de la jurisprudencia de nuestro Tribunal Constitucional, mediante la cita de dos de sus más significativas sentencias acerca de la objeción de conciencia (SSTC 53/85 de 11 de abril y 160/87 de 27 de octubre); enlazamos esto con unas nociones básicas acerca de la configuración jurídica de la objeción de conciencia en el Ordenamiento Jurídico

español y de dicho derecho aplicado a la profesión farmacéutica, con base en las referidas sentencias, en el Código de Ética y Deontología de la Profesión Farmacéutica (14 de diciembre de 2000) y en la Ley del Medicamento (Ley 25/90 de 20 de diciembre); finalizamos la comunicación con la situación actual, tras la recientísima STS de 23 de abril de 2005.

3. Resultados

La objeción de conciencia, tras la STC de 27 de octubre de 1987, queda configurada como derecho constitucional autónomo, no como derecho fundamental propiamente dicho, y pese a lo señalado dos años atrás por el mismo tribunal a propósito de la objeción de conciencia al aborto. De tal modo, sólo serían válidas las formas de objeción de conciencia expresamente recogidas en nuestro Ordenamiento: a día de hoy, la objeción de conciencia al servicio militar (art. 30.2 CE), carente ya de sentido, y la objeción de conciencia al aborto (por STC 53/85 de 11 de abril).

4. Conclusión

Consideramos que el farmacéutico, como señala la STS de 23 de abril de 2005, podría ser titular de un derecho genérico de objeción de conciencia a la tenencia y dispensa de medicamentos abortivos, si bien nuestro Alto Tribunal circunscribe

tal derecho a los titulares o cotitulares de oficinas de farmacia. Sería conveniente a nuestro parecer un pronunciamiento definitivo de nuestro TC sobre la cuestión, en el que se zanjara la discusión al respecto y se sentara jurisprudencia, si bien no definitiva, sí al menos algo más sólida y menos basculante.

LA BIOÉTICA, UN COMPROMISO EXISTENCIAL Y CIENTÍFICO: EL POR QUÉ DE UN LIBRO

Autor/a responsable de la Comunicación: Gloria María Tomás y Garrido.

Unidad Central Ética-Bioética. UCAM. Campus Los Jerónimos s/n. 30107 Guadalupe (Murcia). Tel. 968278594/ 696079685

AUTORES: Gloria María Tomás y Garrido. Profesor Agregado

PALABRAS CLAVE: Manual de Bioética, Bioética

La UCAM (Universidad San Antonio de Murcia), está llevando a cabo la publicación siguiente: «La Bioética: un compromiso existencial y científico», de los que soy editora. El libro se divide en tres tomos independientes pero, a su vez, interrelacionados entre sí, pues ni la vida ni la ciencia pueden suministrarse en compartimentos estancos.

El primer tomo responde a un compromiso fundamental y siempre inacabado: avanzar en la fundamentación de la Bioética desde perspectivas teológicas, filosóficas y antropológicas y, de algún modo, también desde la realidad práctica y experimental.

El segundo tomo se orienta hacia un compromiso menos desarrollado, pero esencial en la opinión pública. Nos referimos a la necesidad de que la sabiduría bioética incida positiva y capilarmente en la sociedad y contribuya a la valoración de la vida humana, al reconocimiento del significado teleológico del mundo natural, al respeto al medio ambiente, a la incidencia de estos valores en el ámbito civil. Este compromiso supone descubrir y desarrollar los instrumentos para lograr los objetivos. Por ejemplo, se aporta la

utilización del cine como instrumento de la Bioética.

Por último, el tercer tomo cierra con broche de oro lo que es esencial en la Bioética: el valor de la vida humana y de su dignidad desde su inicio en la fecundación hasta su ocaso natural. Con respecto a esta valoración, se diferencia del tomo anterior porque trata principalmente del cuerpo humano como objeto de la investigación y de la clínica. Son los temas específicos de la Bioética y acerca de los cuales, los avances científicos y tecnológicos han de tener la oportuna regulación.

En definitiva, este libro, muestra de manera simbólica cómo la Bioética personalista, ofrece una serie de ventanas filosóficas, antropológicas, jurídicas, biológicas, sanitarias..., cuya utilización abre horizontes para vivir la lealtad a lo real. Se pretende por lo tanto que la orientación ayude a ser personas más plenas y cabales respecto de las propias convicciones.

Este planteamiento queda fielmente recogido en las siguientes palabras de Su Santidad Juan Pablo II: «No vivimos en un mundo irracional o privado de senti-

do, sino que, por el contrario, hay en él una lógica moral que ilumina la existencia humana y hace posible el diálogo entre los hombres y los pueblos. Si queremos que un siglo de violencias deje espacio a un siglo de persuasión, debemos encontrar el camino para discutir, con un lenguaje comprensible y común, acerca del futuro del hombre: la ley moral universal, escrita en el corazón del hombre, y aquella especie de «gramática» que sirve al mundo para afrontar estas discusiones acerca de su propio futuro».

En este Congreso se muestran los dos primeros ejemplares ya publicados —qui-

zás son en su contenido los más originales—, y se expone también el contenido del tercer tomo.

A continuación se expone brevemente algún porqué de cada uno de estos libros de Bioética personalista y los títulos y autores de los capítulos que los componen.

JUAN PABLO II, «Discurso a la Asamblea General de las Naciones Unidas, con ocasión del 50^a aniversario de la fundación de la ONU», 5-X-95, n.3, en *Insegnamenti di Giovanni Paolo, v. XVIII, Città del Vaticano 1998*, p. 732.

VACUNAS DE CÉLULAS DIPLOIDES HUMANAS

Autor/a responsable de la Comunicación: Redondo Calderón, José Luis. Dirección postal: Av. Gran Capitán, 47. 14006 Córdoba. e-mail: redondojoseluis@telefonica.net

AUTORES: Redondo Calderón, José Luis.

PALABRAS CLAVE: Vacunas, diploides, aborto.

1. Objetivos

Conocer el origen de las células diploides humanas empleadas para algunas vacunas víricas.

2. Métodos

Búsqueda de artículos que describen el origen de las células diploides humanas empleadas para el desarrollo de algunas vacunas víricas. Búsqueda realizada en revistas científicas, Internet y libros de texto.

3. Resultados

Diversas vacunas víricas se han obtenido a partir del cultivo en células diploides humanas. Estas células son las WI-38 y MRC-5, las cuales tienen su origen en abortos provocados. Entre ellas se encuentran vacunas contra la rubéola, varicela, hepatitis A, rabia, polio y viruela. Para la polio hay vacunas con un origen distinto. Sin embargo, las vacunas opcionales para rubéola y hepatitis A no se encuentran actualmente disponibles en España. Las células citadas no tienen una vida ilimitada, por lo que se ha buscado otras que las sustituyan. De esta forma,

se ha obtenido las células 293, IMR-90 y PER C6 también con origen en abortos. Actualmente se encuentran en fase de investigación vacunas contra virus Ébola, HIV, gripe y encefalitis japonesa, que emplean las células PER C6.

4. Conclusiones

Existe un desconocimiento absoluto sobre el origen de algunas vacunas víricas en abortos provocados. Las células diploides humanas WI-38 y MRC-5 empleadas tradicionalmente para determinadas vacunas tienen un período de vida limitado, lo cual ha llevado a la búsqueda de otras células también originadas en abortos que las puedan sustituir. Los prospectos vacunales deberían indicar de forma clara el origen fetal de las células empleadas para su cultivo. Varios países han debatido la obligatoriedad de mencionar el origen fetal o embrionario en vacunas y medicamentos. Las vacunas para rubéola y hepatitis A no originadas en células diploides humanas deberían estar disponibles en España. En el caso de las vacunas que exclusivamente tienen su origen en células diploides humanas, debe impulsarse el desarrollo de otras vacunas con un origen no problemático.

En otro orden de cosas, el empleo de células troncales embrionarias plantea importantes inconvenientes, no sólo de naturaleza ética. La oposición a su empleo o a aquellos productos que puedan derivarse de ellas es objeto de gran número de artículos. Por ello se postulan como opciones las células troncales adultas

y las de cordón umbilical. Una postura coherente con este planteamiento debe buscar el uso de opciones a las vacunas de células diploides humanas. El uso de vacunas de células diploides humanas genera una aceptación sociocultural que engloba el origen de dichas vacunas.

ANÁLISIS DE CAMPAÑAS DE PREVENCIÓN EN SALUD SEXUAL

Autor/a responsable de la Comunicación: José Jara Rascón. Centro de trabajo: Hospital Gregorio Marañón. Madrid. Dirección postal: c/ Condado de Treviño, 2, p-1, 5º-C. 28033 Madrid. Teléfono: 649492165. e-mail: jjara@teleline.es

AUTORES: José Jara Rascón, Juan Ignacio Martínez Salamanca, Ramiro Cabello Benavente
PALABRAS CLAVE: Salud sexual, adolescencia, medicina preventiva.

1. Introducción

En los últimos 15 años se han lanzado diversas campañas de educación sexual dirigidas sobre todo a adolescentes y personas jóvenes intentando promocionar el denominado «sexo seguro» basadas únicamente en la información sobre métodos de barrera. Sin embargo, no se ha notificado el resultado obtenido con dichas campañas.

2. Desarrollo

Se analiza a través de los datos del Instituto Nacional de Estadística y el Ministerio de Sanidad, la evolución de las repercusiones en el ámbito sanitario de las prácticas sexuales de los menores con edades entre 15 y 19 años (población diana de las campañas de educación sexual) encontrándose un aumento en el porcentaje de abortos respecto del número de embarazos en adolescentes desde el 20% en 1990 al 44% en 2000 con un correspondiente incremento

progresivo respecto al número total de abortos en nuestro país, aumentando desde un 4,5% en 1995 a un 9,9% del total de abortos en 2003. Se analizan asimismo el recurso de los adolescentes a la píldora postcoital, la transmisión del HIV en contactos heterosexuales y la evolución de las enfermedades de transmisión sexual.

Desde la perspectiva ética, al igual que desde la perspectiva de eficiencia sanitaria, la validez de las campañas de «sexo seguro» queda en entredicho al analizar los datos obtenidos. La negativa a incluir en dichas campañas la promoción de la abstinencia en los primeros años de la adolescencia, al igual que la negativa a promover la fidelidad limitando el número de intercambios sexuales, sólo parece justificarse por motivos ideológicos, no sanitarios, implicando esto una clara maleficencia a la población al rechazar y ocultar los datos de evidencia ya disponibles a partir de campañas que incluyen también estos postulados realizadas con éxito en otros países.

3. Conclusiones

Se deben articular propuestas de cambio en las campañas de educación sexual, favoreciendo relaciones sexuales con mayor autocontrol y limitando el número de intercambios sexuales esporádicos o

de riesgo. Estas nuevas propuestas deberían explicar las repercusiones, tanto físicas como psicoafectivas, del sexo sin compromiso y estructurarse desde grupos de trabajo en Atención al Adolescente en el ámbito sanitario.

ENCUESTA SOBRE ASPECTOS ÉTICOS EN NUTRICIÓN ARTIFICIAL DOMICILIARIA

Autor/a Responsable de la Comunicación: Moreno Villares, José Manuel. Centro de trabajo: Unidad de Nutrición Clínica. Hospital 12 de Octubre. Dirección postal: Carretera de Andalucía, km 5,400. 28041 Madrid. Teléfono: 913908318. e-mail: jmoreno.hdoc@salud.madrid.org

AUTORES: Moreno Villares, José Manuel

PALABRAS CLAVE: Nutrición artificial, calidad de vida, cáncer, demencia.

Es misión de los profesionales de la salud proporcionar un aporte suficiente y adecuado de líquidos y nutrientes a los enfermos a su cargo. Es un cuidado básico en todas las edades y circunstancias clínicas siempre que el paciente pueda deglutir y no haya ninguna contraindicación médica para la ingestión oral. Una situación bien distinta ocurre cuando sea necesario administrar líquidos o nutrientes a través de una sonda o por vía endovenosa.

Un paciente adulto competente tiene el derecho de rechazar un tratamiento. Sin embargo, no ocurre lo mismo cuando se trata de un paciente adulto incompetente o un menor de edad.

En el marco clínico nos enfrentamos a una gran variedad de situaciones en las que hay que tener en cuenta los valores morales. Los propios valores personales y una rigurosa valoración científica pueden ayudar a buscar la solución más adecuada. Es muy probable que encontremos diferentes respuestas ante una misma situación.

Con el fin de tener una idea sobre esas diferencias, proponemos la realización de

una encuesta basada en dos situaciones clínicas. La encuesta, contestada de forma anónima, recogió datos generales referentes al encuestado: edad, sexo, profesión, años de dedicación a la Nutrición Clínica, valores religiosos y formación previa en bioética. Los dos escenarios clínicos se trataron de una obstrucción intestinal irresoluble en una mujer diagnosticada de un cáncer de ovario y en quien se valoró la posibilidad de recibir nutrición por vía intravenosa (Nutrición Parenteral Domiciliaria); la otra, una mujer de 84 años, institucionalizada, con vida dependiente, que sufre una demencia senil progresiva que le ha llevado a no conseguir comer por sí misma. Se valoró la posibilidad de recibir alimentación de forma no voluntaria a través de una sonda nasogástrica o de una ostomía.

La encuesta se envió y se contestó a través de correo electrónico a todos los miembros de la Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral (SENPE). Se recibieron un total de 58 encuestas cuyos datos se analizan en esta comunicación.

Conclusiones

Los profesionales de la Nutrición Clínica se enfrentan en su práctica habitual a numerosas cuestiones éticas, en

especial cuando se trata de alimentar artificialmente a pacientes con enfermedad maligna progresiva o con un grave deterioro neurológico.

EUTANASIA EN NIÑOS EN HOLANDA

Autor/a responsable de la Comunicación: Moreno Villares José Manuel. Centro de trabajo: Departamento e Pediatría. Hospital 12 de Octubre. Dirección postal: Carretera de Andalucía km 5,400. 28041 Madrid. Teléfono: 913908318. e-mail: jmoreno.hdoc@salud.madrid.org.

AUTORES: Moreno Villares, Jose Manuel; Galiano Segovia, Maria José; Villa Elízaga, Ignacio

PALABRAS CLAVE: Sufrimiento, muerte, eutanasia, cuidados paliativos, dolor.

Los doctores holandeses, Eduard Vergahen y Peter Sauer, que trabajan en la Universidad de Groningen (Holanda), notable por la controversia sobre la autorización para aplicar la eutanasia a recién nacidos y lactantes con una calidad de vida muy pobre, han publicado durante el último año en revistas médicas de conocido prestigio (*New England Journal of Medicine*; *Pediatrics*) el protocolo en el que explican los distintos pasos para llevar esta práctica a cabo con el consentimiento de los padres de los niños. Los requerimientos son muy sencillos: un sufrimiento incontrolable y desesperado, un diagnóstico y un pronóstico ciertos, la confirmación por otro médico, el consentimiento de los padre y que se trate de una práctica médica aceptada.

Inevitablemente estas consideraciones llevan a un peligroso plano inclinado. Los argumentos que manejan estos autores son demasiados simplistas y están basados en un criterio utilitarista que considera el sufrimiento como el mayor de los males posibles.

El tratamiento del dolor y del sufrimiento es un deber ineludible de cualquier médico. Hay suficientes estudios a lo largo de los últimos 15 años que demuestran que se puede administrar a los recién nacidos y lactantes anestesia y sedación de una forma segura, siempre que se realice ajustando adecuadamente las dosis a la edad y a la situación clínica. Además el desarrollo de los Cuidados paliativos ha permitido mejorar la calidad de vida, mantener la dignidad y disminuir el sufrimiento de niños gravemente enfermos y también en sus familiares de acuerdo con sus valores, educación y creencias. Los cuidados paliativos deberían estar disponibles en cualquier instancia: el domicilio, el hospital o la escuela.

Causar directamente la muerte mediante la administración de dosis letales de fármacos es una práctica éticamente inaceptable. Parece necesario tener una gran precaución y sensibilidad ante iniciativas como el protocolo de Groningen.

PRESENCIA DE LA BIOÉTICA ESPAÑOLA EN PUBMED

Autor/a responsable de la Comunicación: Ruiz-Canela, Miguel. Centro de trabajo: Universidad de Navarra. Dirección postal: Dpto. de Humanidades Biomédicas. Facultad de Medicina. C.P. 31080. Pamplona. Teléfono: 948425600 ext. 6395. e-mail: mcanela@unav.es

AUTORES: Echarte Alonso L, Ruiz-Canela M.

PALABRAS CLAVE: bioética, España, publicaciones.

1. Objetivos

Conocer la evolución del número y tipo de artículos sobre bioética publicados por autores españoles en la base de datos PubMed.

2. Métodos

Se realizó la siguiente estrategia de búsqueda en la base de datos PubMed. Primero, para identificar artículos sobre bioética se combinaron los términos MeSH «Confidentiality» OR «Conflict of Interest» OR «Ethics, Institutional» OR «Euthanasia» OR «Suicide, Assisted» OR «Helsinki Declaration» OR «Hippocratic Oath» OR «Medical Futility» OR «Humanism» OR «Morals» OR «Scientific Misconduct» OR «Duplicate Publication» OR «Plagiarism» OR «Human Experimentation» OR «Informed Consent» Or «Ethics». Y, segundo, para localizar los trabajos con autores españoles se utilizaron los términos SPANISH[LA] OR spanish[Text Word] OR «spain»[MeSH Terms] OR SPAIN[AD] OR SPAIN[PL] OR SPAIN OR SPANIARD). La búsqueda se centró en los últimos 5 años (enero

2001-junio 2005) y se comparó con resultados publicados en años anteriores (Ruiz-Canela M, Echarte L. Artículos sobre bioética publicados por autores españoles en revistas biomédicas (1966-2000). Congreso AEBI 2001).

Como criterio de inclusión los artículos debían ser trabajos sobre bioética con autores españoles. La reflexión ética debía ser el tema principal o al menos uno de los principales del artículo. Se excluyeron las cartas al editor, editoriales, noticias y artículos anónimos.

Para la recogida de datos se utilizó una lista-guía con 16 ítems; entre éstos se recoge el tema principal del artículo, revista, especialidad del autor y tipo de estudio (teórico o empírico). El análisis estadístico de los datos se realizó con SPSS 11.0.1.

3. Resultados

De los 1663 artículos identificados mediante la estrategia de búsqueda, se encontraron 211 sobre bioética con autores españoles y publicados a partir de 2001. Esto supone un incremento de más del 50% con respecto a los artícu-

los publicados hasta 2000. Los temas más frecuentes fueron los relacionados con el final de la vida, el embrión y los derechos de los pacientes, observándose significativas variaciones con respecto a años anteriores. Respecto a los estudios empíricos, más del 40% se publicaron durante este último quinquenio y, entre ellos, la encuesta sigue siendo el tipo de estudio más utilizado.

Los artículos han sido publicados en un total de 70 revistas, si bien menos del 35% se repiten en el periodo anterior. La mayor parte de las revistas son españolas aunque el número de revistas extranjeras se ha incrementado de un 10% antes

de 2001 a un 25% a partir de 2001. Las especialidades más frecuentes del autor de correspondencia fueron medicina interna, bioética, salud pública, medicina de familia y enfermería.

4. Conclusiones

Se observa un incremento significativo del número de artículos publicados por autores españoles durante los últimos cinco años. Del mismo modo, se ha experimentado un relevante crecimiento en el número de estudios empíricos así como en la internacionalización de las publicaciones.

INFORMACIÓN SOBRE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y APROBACIÓN POR COMITÉ ÉTICO EN ESTUDIOS PUBLICADOS: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

Autor/a responsable de la Comunicación: Ruiz-Canela, Miguel. Centro de trabajo: Universidad de Navarra. Dirección postal: Dpto. de Humanidades Biomédicas. Facultad de Medicina. C.P. 31080. Pamplona. Teléfono: 948425600 ext. 6395. e-mail: mcanela@unav.es

AUTORES: Marti del Moral D., Castaño García A., Ruiz-Canela M.

PALABRAS CLAVE: ensayos clínicos, consentimiento informado, comités éticos de investigación clínica.

1. Objetivos

Conocer la frecuencia de información sobre la obtención del consentimiento informado y la aprobación por un comité ético de investigación en las publicaciones de investigaciones con seres humanos.

2. Métodos

Se realizó una búsqueda exhaustiva de todos los estudios que han revisado la información sobre el consentimiento informado y/o la aprobación por un comité ético en estudios con seres humanos. Para su identificación se utilizó la base de datos PubMed con la combinación de los términos «publishing» [MESH] AND («Ethics Committees, Research» [MESH] OR «informed consent» [MESH]). Esta búsqueda se amplió mediante la identificación de las publicaciones incluidas

en las referencias de los artículos seleccionados. También se utilizó la base de datos ISI Web of Knowledge para localizar los artículos que habían citado a los estudios encontrados. De cada uno de los artículos seleccionados se extrajo información sobre: tipo y número de estudios que revisaron, año y tipo de revistas en los que se publicaron los estudios, y porcentaje que informaban sobre los aspectos éticos. También se recogió si se informaba sobre otros aspectos éticos en las publicaciones. Los datos fueron recogidos de forma independiente por dos investigadores.

3. Resultados

Se encontraron 27 revisiones. Estos estudios incluían una amplia gama en cuanto al tipo de investigaciones revisadas (observacionales o experimentales), las revistas incluidas (general o especial-

lizada), el número de artículos revisados (13 a 1575) y el año en el que éstos se publicaron (desde 1956 hasta 2003). Entre las especialidades de las revistas se encuentran medicina interna, pediatría, genética, anestesia y medicina de urgencias. Se encontró una gran variabilidad en cuanto al porcentaje de artículos que informaban sobre la obtención del consentimiento informado (23 a 95) y la aprobación por un comité (3 a 98). En algunos estudios se ha comprobado que el grado de información ha incrementado a lo largo del tiempo.

4. Conclusiones

La información sobre el consentimiento informado y la aprobación por un comité ético de investigación es diversa. En general, el grado de información sobre los aspectos éticos incrementa a lo largo del tiempo. No obstante, el porcentaje de estudios que no informan sobre alguno de estos aspectos éticos es aún relevante en algunas de las revistas revisadas. Por otra parte, el nivel de información es significativamente inferior en los estudios observacionales en comparación con los ensayos clínicos.

¿QUÉ APORTA LA BIOÉTICA A LA INCORPORACIÓN DE NUEVAS TECNOLOGÍAS EN CIENCIAS DE LA SALUD?

Autor/a responsable de la Comunicación: Romero Hoyuela, Antonio. Centro de trabajo: Hospital General Universitario «Morales Meseguer». Dirección postal: C/ Marqués de los Velez, s/n

Teléfono: 686-317078. e-mail: romero_ant@coma.es

AUTORES: Romero Hoyuela, Antonio; Canero González, M^a Lourdes

PALABRAS CLAVE: Innovación, tecnología, bioética.

1. Introducción

La innovación tecnológica representa un medio conductor importante para la mejora técnica y la tecnología, que traduce en última instancia a mejores resultados en la calidad asistencial de los pacientes. Sin embargo, estos mismos pacientes se pueden ver expuestos a riesgos de morbilidad y mortalidad cuando se utiliza la innovación médica ya sea farmacológica como técnico-quirúrgica, como «experimentación quirúrgica». En este papel los autores examinan los desafíos de definir la innovación tecnológica en Ciencias de la Salud y repasan brevemente la literatura en este tema.

2. Método

Usando ejemplos del campo de las nuevas tecnologías en urología y en parte de la experiencia personal de los autores, se intenta desarrollar un modelo de niveles, validación experimental de procedimientos quirúrgicos y ofrecen recomendaciones en cómo estos procedimientos serían regulados lo mejor posible.

3. Conclusiones

Los autores proponen las pautas para determinar la necesidad de la regulación de la innovación, proponiendo controles de validación y la puesta en marcha de comités éticos. Se destaca el papel potencial de los comités examinadores institucionales en estos procesos.

HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA Y DERECHO A LA INTIMIDAD

Autor/a responsable de la Comunicación: Fernandez Lamelas, M^a Antonia. Centro de trabajo: Escuela Universitaria De Enfermería C.H. Universitario De Vigo. Dirección postal: MEIXOEIRO S/N. Teléfono: 986811152. e-mail: Maria.Antonia.Fernandez.Lamelas@sergas.es

AUTORES: Fernández Lamelas, M^a Antonia; Ramiro Fernández, José Manuel; García-Mayor Fernández, Belén; De Torres Soto, María.

PALABRAS CLAVE: Intimidad, Historia Clínica, Informática.

1. Objetivos

El presente trabajo tiene por objeto el realizar un análisis del derecho a la intimidad y la aplicación de la informática en la gestión de los servicios sanitarios.

2. Desarrollo

Hemos estudiado las distintas fuentes normativas que regulan la posible relación-tensión existente entre el derecho a la información y el derecho a la intimidad, así como la normativa sobre la protección de datos de carácter personal, haciendo hincapié en los datos relativos a la salud de las personas

3. Conclusiones

Para poder prestar cuidados de calidad, los enfermeros han de tener en cuenta los derechos y las obligaciones emanadas de la legislación vigente, que afectan a los pacientes o usuarios del sistema sanitario.

Tanto la recogida de datos como el uso que se haga de los obtenidos por los profesionales encargados, han de cumplir la condición imprescindible del respeto en todo momento la dignidad de las personas preservando su derecho a la intimidad.

INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO EN CUIDADOS INTENSIVOS

Autor/a responsable de la Comunicación: Martínez Hernández, Juan. Centro de trabajo: Hospital Santa María del Rosell. Servicio de Medicina Intensiva. Dirección postal: Paseo Alfonso XIII, 61. Cartagena. (Murcia). 30203. Teléfono: 968327301. e-mail: amelgarejo@ono.com

AUTORES: Martínez Hernández, Juan., Sáez Miravete, Salvadora. González Sánchez, Antonio. Melgarejo Moreno, Antonio. Vera Escolar, Flora. Gil Sánchez, Francisco Javier.

PALABRAS CLAVE: Intensivos, consentimiento informado.

1. Objetivos

Describir las características y circunstancias que acontecen en el procedimiento de consentimiento informado (C.I.) en pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) respecto a la información dada, el nivel de conciencia del paciente, el respeto a su autonomía y la participación de los familiares.

2. Métodos

Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo mediante el análisis de las historias clínicas de 100 pacientes ingresados en la UCI del Hospital S^aM^a del Rosell de Cartagena a quienes se ha realizado uno o más procedimientos que contemplan consentimiento informado, en el periodo julio-2004 a julio-2005. Se analizan variables epidemiológicas, clínicas y referidas al nivel de conciencia del paciente y su evolución, la información dada, la firma del C.I. y su cumplimentación. Se comparan medias y porcentajes.

3. Resultados

La distribución por sexo es 55% hombres y 44% mujeres. La media de edad es 74 años, con predominio del intervalo 71-80 años, con un 38%; el 6% resultan mayores de 90 años. El motivo de ingreso más frecuente es cardiológico, arritmias, para tratamiento eléctrico. La patología de base más frecuente es hipertensión arterial 65%, arritmia en un 55%, diabetes mellitus 38%, tabaquismo 21%, cardiopatía isquémica 20%, hipercolesterolemia 18%, enfermedad cerebrovascular 14%, patología psiquiátrica 13% y reumática 11%. Hay cirugía previa en un 54%. Refieren C.I. previo un 74%. La estancia media resulta en 3.5 días. El diagnóstico principal mayoritario son arritmias en sus diferentes tipos. Los procedimientos con C.I. son marcapasos definitivo un 70%, cardioversión eléctrica 20%, marcapasos transitorio 10%, traqueostomía 6%, estudios radiológicos con contraste 5% y cirugía 4%. Respecto a la información: el nivel de conciencia del paciente fue normal en un 89%, disminuido en 7%

y no consciente 4%; la información fue dada al paciente y su familia en 89% y a la familia solamente el 11%; el C.I. fue firmado por el paciente el 66%, por la familia el 34%. La evolución fue favorable con alta por mejoría en 93%, 3% alta paliativa y 4% fallecieron. El informe de C.I. estaba completo en su cumplimentación en el 72% e incompleto en 28%, siendo las causas más frecuentes de ello la falta del grado de parentesco del familiar cuando era éste quien firmaba (15%), la falta de fecha (14%), falta de firma del médico (11%), no identificación del familiar (3%) o la falta de firma del paciente o familiar (3%).

4. Conclusiones

1. La población estudiada es en general anciana y con patología cardíaca predominante, sobre todo arritmias, y con factores de riesgo cardiovascular. 2. Las $\frac{3}{4}$ partes de los pacientes saben de la existencia de un documento, llámese C.I. u otro, que se firma como autorización a determinados procedimientos. 3. El nivel de conciencia y la capacidad para recibir y comprender la información era normal de forma mayoritaria, sin embargo, la firma del C.I. se delega con frecuencia en la familia. 4. Más de la $\frac{1}{4}$ parte de los C.I. están incompletos

BIOÉTICA Y NUTRICIÓN ENTERAL ARTIFICIAL EN LA ENFERMEDAD AVANZADA

Autor/a responsable de la Comunicación: Hortelano Martínez, Elena. Centro de trabajo: Hospital Dr. Moliner. Dirección postal: Serra Valencia. Teléfono: 961600000. e-mail: hortelano_ele@gva.es

AUTORES: Hortelano Martínez, Elena. Azulay Tapiero Armando

PALABRAS CLAVE: Nutrición enteral, enfermedad avanzada.

1. Introducción

El soporte nutricional artificial mediante sondas de acceso digestivo es un tratamiento médico. Las indicaciones de la alimentación artificial son: la incapacidad para deglutir (disfagia) y la incapacidad para alimentarse autónomamente por negativa u oposición.

RAZONAMIENTO ÉTICO-CLÍNICO: La formulación de las preguntas: ¿Es la alimentación por sonda un tratamiento médico o un componente de cuidados humanitarios básicos? ¿Es ético negar la nutrición artificial o interrumpirla? ¿Qué función tienen, en la toma de decisiones, el pronóstico y los deseos o valores conocidos del paciente? ¿Cómo se toman estas decisiones en pacientes con deterioro cognitivo? ¿Qué dispositivos de restricción física, si acaso fuesen necesarios, hay que aplicar para mantener la alimentación por sonda? ¿Cuál es el significado simbólico de no proporcionar nutrición artificial a un paciente que no puede comer? ¿La alimentación por sonda brinda comodidad a pacientes moribundos en estado de coma?

Razonamiento médico

- Los facultativos indican tratamientos médicos para lograr algunos de los objetivos de la medicina, a saber: Curar enfermedades, aliviar síntomas o mejorar el estado funcional.
- Por ningún concepto es obligatorio continuar con las medidas terapéuticas que no consiguen ninguno de los objetivos de la Medicina. Se podrán retirar estas medidas si:
 - Hay una pérdida irreversible de las funciones cognitivas.
 - El tratamiento no logra otro objetivo mas que sostener la vida orgánica.
 - El paciente no expresó con antelación que prefiriera ser mantenido en vida orgánica.

2. Objetivos

El objetivo fundamental es proporcionar una respuesta empírica, provisional y parcial al uso de sondas de acceso digestivo para alimentación enteral artificial e incorporando a las toma de decisiones en

la práctica clínica los deseos o valores del enfermo bien por directrices anticipadas o por delegación en familiares próximos.

3. Material y Métodos

Se han valorado 56 pacientes ingresados en nuestro centro. Enfermos con sonda de acceso digestivo (SD): 38 Enfermos sin sonda digestiva (NSD): 18 pacientes Valoración clínica, funcional y cognitiva: Diagnósticos de ingreso. Escala de Karnofsky, Índice de Barthel (SPMSQ-Pfeiffer). Valoración nutricional: IMC, colesterol sérico, albúmina sérica, Se realizó una encuesta a los familiares sobre las directrices anticipadas de los ancianos cuando eran competentes.

4. Resultados

Grupo SD: 38 pacientes (32 mujeres, 6 hombres), la edad media fue de 80,34 años. La estancia media 24,26 días. IMC 21,52 Albúmina 2,50 gr/dl y colesterol 146,28 mg/dl .Motivo de ingreso: UPP 10. Neumonía 6. Infección urinaria 5. ACVA 9. Descompensación diabética 3. ICC. 2. Deshidratación 2. Hemorragia. 1. El grupo NSD 18 pacientes (12 mujeres y 6 hombres). La edad media 83,94 años Kf 24,4 Estancia media 27,38 días IMC 20 Alb 2,26 gr/dl Colesterol medio 141 mg/dl. Motivo de ingreso: Neumonía 7. Isquemia irreversible MMII, 1, Hemorragia 2. Infección urinaria 5. ACVA 1. Fractura cadera 1. UPP 1.

Grupo SD: 38 pacientes (32 mujeres, 6 hombres), la edad media fue de 80,34 años. La estancia media 24,26 días. IMC 21,52 Albúmina 2,50 gr/dl y colesterol 146,28 mg/dl . El grupo NSD 18 pacientes (12 mujeres y 6 hombres). La edad media 83,94 años Kf 24,4 Estancia media 27,38 días IMC 20 Alb 2,26 gr/dl Colesterol medio 141 mg/dl.

5. Conclusiones

1. La nutrición artificial es un tratamiento médico y por tanto prescribirla se basa en una evaluación entre los beneficios-desventajas en el paciente que las recibe.
2. Si hay deterioro cognitivo del paciente y se desconocen las preferencias de éste la mejor manera de valorar beneficio/desventaja es intentar un tratamiento de prueba.
3. Si se necesita la restricción física para conservar la SNG o sobrevienen complicaciones médicas de importancia es ético interrumpir el tratamiento.
4. La nutrición artificial es un tratamiento de sostén de la vida al que no debe concederse un rango especial de otros tratamientos similares (soporte hemodinámico, soporte respiratorio).
5. La nutrición e hidratación son tratamientos médicos que se deben negar o interrumpir éticamente cuando sus desventajas superen a los beneficios.

SEDACIÓN TERMINAL VERSUS EUTANASIA ANÁLISIS CLÍNICO, BIOÉTICO Y JURÍDICO

Autor/a responsable de la Comunicación: Hortelano Martínez, Elena. Centro de trabajo: Hospital Dr. Moliner. Dirección postal: Serra Valencia. Teléfono: 961600000. e-mail: hortelano_ele@gva.es

AUTORES: Hortelano Martínez, Elena. Azulay Tapiero Armando; Izquierdo Hernández, Mercedes

PALABRAS CLAVE: Sedación Terminal, eutanasia, enfermedad terminal.

El objetivo de este trabajo es realizar un estudio de revisión bajo tres enfoques: clínico, bioético y jurídico de una de las prácticas médicas habituales en la medicina paliativa como es la sedación terminal. Aunque últimamente la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) y otras organizaciones han confeccionado algunas orientaciones sobre la práctica de la sedación terminal destinadas a clínicos, creemos necesario realizar un análisis más profundo en otras esferas como es la ética o la jurídica que podrían modificar esta práctica según los marcos filosóficos y sociales de referencia como son el modelo de la ética principialista (código deontológico), la ética consecuencialista (modelo jurídico y económico) así como expresar la gran variabilidad de la práctica médica en enfermos en situación de fin de vida.

1. Introducción

Dos de los acontecimientos más trascendentales del ser humano como son el «nacer» y «el morir» acontecen actualmente en el ámbito sanitario, es decir bajo «control médico», lo dos acontecimientos

se consideran procesos, transcurren en un tiempo mas o menos definido en el proceso de nacer y altamente indefinido en el proceso de morir.

Actualmente se distinguen dos posturas sociales ante el hecho de morir, la mayoría, liderada y auspiciada por la medicina mantiene un combate férreo hasta el final; pero ha surgido una minoría que desea, cada vez mas, poseer mayor dominio sobre el fin de su vida, algunos prefieren la muerte a evitar molestias prolongadas, irónicamente para conseguirlo también buscan la ayuda del arte de la medicina, originalmente enemiga de la muerte. La gente no habla solo de rehusar tratamientos sino también solicitan el suicidio asistido y la eutanasia.

Casi todo el mundo reconoce que tales prácticas suscitan profundas heridas morales y sociales: la dignidad humana, el valor sagrado de la vida, la moralidad del suicidio, la ética de la medicina deontológica, la protección de los vulnerables, el deber de cuidar, la obligación del gobierno de velar por los derechos fundamentales... A causa de la naturaleza de nuestro sistema político las grandes cuestiones

morales, hasta ahora reducido al ámbito de lo privado, se reformulan en términos de derechos individuales y colectivos, del «Derecho a la vida» declarada en la mayoría de la Constituciones y en la Carta de los Derechos Humanos a la creciente petición social del «Derecho a morir», así pues las cuestiones a disputar como la muerte y el morir se han convertido en materia de un juicio social-

2. Análisis clínico

A pesar de que hoy día, todavía no hay unanimidad total en los criterios para identificar a un paciente como «terminal», podemos decir que una situación terminal es aquella en la que la vida humana está llegando a su término o fin, convirtiéndose en un ser que va muriéndose, por eso se habla de estado clínico irreversible, que significa que, dentro del progresivo deterioro psicorgánico, ninguna acción médica puede evitar la degradación del cuerpo, conduciéndose necesariamente hacia la muerte. Sedación terminal: Se entiende por sedación terminal la administración deliberada de fármacos para lograr el alivio, inalcanzable con otras medidas, de un sufrimiento físico y/o psicológico, mediante la disminución suficientemente profunda y previsiblemente irreversible de la conciencia en un paciente cuya muerte se prevé muy próxima y con su consentimiento explícito, implícito o delegado. Se trata de una sedación primaria y continua, que puede ser superficial o profunda y por la forma de instauración proporcionada o súbita. Planteamiento de la sedación

Terminal. Fracaso biológico del organismo. Enfermedad incurable y progresiva. Enfermedad terminal.

Fracaso terapéutico: Curativo y paliativo. «Fin de alternativas».

Fracaso emocional o existencial de la persona: Una respuesta concreta a una realidad que se percibe como intolerable y de la que uno quiere desconectar.

3. Indicaciones teóricas de la sedación terminal

Sedación por causas físicas: Dolor, disnea, delirium, vómitos, hemorragia. Estos síntomas y signos refractarios pueden ser sucesivos o simultáneos. Sedación por causas psíquicas: Angustia vital continuada y no controlada sin que medie necesariamente sintomatología física grave. Aquí el objetivo sería tanto acabar con esa angustia como evitar un final consciente que se prevé como especialmente difícil. Sedación en la agonía. Pronóstico de vida de 1 o 2 días. El conflicto se produce entre el alivio del síntoma, la desaparición de la conciencia y la parada cardiorespiratoria acontecen en poco tiempo.

Preguntas éticas a las indicaciones teóricas.

¿Hasta que punto hemos agotado realmente todo el arsenal terapéutico paliativo? ¿Puede obligarnos moralmente un paciente terminal, con un pronóstico de supervivencia de 6 meses o menos, en ausencia de sintomatología física importante, a una sedación definitiva en función de una angustia vital que él dice vivir como intensa y/o prolongada?. La

decisión de sedación ¿a quien corresponde?

Al paciente terminal « sujeto decisor»: Es un ciudadano con derechos (decisiones sobre su salud, lo cuidados que requiere...) Autónomo (capaz de darse normas y legislarse a si mismo...). La enfermedad disminuye las energías, pero no se correlaciona necesaria ni automáticamente con la incompetencia psicológica y con la incapacidad moral y/o legal.

El momento de la intervención terapéutica debe ser planteado siempre por el médico «sujeto que desarrolla la acción» en base a su capacitación profesional y responsabilidad solidaria con el enfermo

El trasfondo legal de la práctica médica: sedación terminal y eutanasia.

Entre sanitarios existe gran inseguridad en la práctica diaria sobre qué formas de «ayuda a morir» son punibles y cuáles no, ya que aunque sedación terminal, suicidio asistido y eutanasia pueden definirse conceptualmente como entidades distintas, esta diferenciación en la práctica no es tan nítida y los tres escenarios tienen como consecuencia fundamental la interrupción de la vida psíquica y/o biológica del enfermo El tratamiento jurídico dado al tema en el Código Penal de 1995 no ha contribuido a clarificar esta situación, al considerar la eutanasia como un homicidio (Art.

143) La pena será de dos a cinco años a la cooperación con actos necesarios para realizar el suicidio, y de seis a diez años si la cooperación llegara hasta el punto de ejecutar la muerte. En ciertas interpretaciones, nuestro derecho favorece más la distanasia o encarnizamiento terapéutico que la eutanasia. De ahí que algunos propongan revalorizar de nuevo el papel de la eutanasia indirecta, respetando la voluntad del enfermo en el rechazo a ciertos tratamientos vitales, dejando que la propia naturaleza sea la que finalice el proceso. Los que abogan por la despenalización de la eutanasia activa y el suicidio médicamente asistido apelan, sobre todo al derecho a disponer de la propia vida y al libre desarrollo de la personalidad.

Reflexiones: La deontología médica ha de desarrollar criterios de normalidad en la indicación terapéutica de la sedación terminal teniendo en cuenta las circunstancias biológicas (edad, enfermedad, tiempo de vida esperado) psíquicas (valores individuales, autodeterminación, estilo y calidad de vida personal) y sociales (regulación jurídica y ética colectiva) desde una perspectiva humanista y realista del ser humano en donde prevalezcan como norma de conducta la dignidad, el respeto y la responsabilidad no solo del enfermo sino también de todos los profesionales de la salud.

BIOÉTICA Y CALIDAD ASISTENCIAL DE LA DESINSTITUCIONALIZACIÓN DE ENFERMOS MENTALES CRÓNICOS: EXPERIENCIA PROPIA

Autor/a responsable de la Comunicación: M^a Victoria Molina Heredia. Centro de trabajo: Centro Asistencial San Juan de Dios. Dirección postal: c/ Casabermeja, 126. Teléfono: 952250550. e-mail: mvmolina@malaga1.betica.sanjuandedios-oh.es

AUTORES: M^a Victoria Molina Heredia, Aitor Elordi Zarzoso, Sergio Puyol Jiménez, Melquiades León Macia, Eva Conde Ariza, María Porras Granados.

PALABRAS CLAVE: Desinstitucionalización, calidad asistencial, enfermedad mental.

Con la presente comunicación pretendemos transmitir el trabajo realizado en la Unidad de Rehabilitación de Salud Mental del Centro Asistencial San Juan de Dios de Málaga, que nos permitió la desinstitucionalización de un grupo de enfermos mentales de evolución crónica y largo periodo de institucionalización psiquiátrica.

La puesta en marcha de este proyecto (Dispositivo de Pisos en la Comunidad) surge desde la reflexión ética de un grupo de profesionales del Centro, quienes se plantean si se puede dar un paso más en la asistencia a estos pacientes de forma que ellos «ganen» en calidad de vida (autonomía, independencia, vida en comunidad, normalización,...).

A continuación exponremos los pasos y actuaciones que se llevaron a cabo para la consecución de dicho objetivo y los resultados del proyecto, que se resumen en:

- Fases de selección de pacientes.
- Información a los interesados y consideración de sus opiniones.
- Trabajo para la resolución de dificultades para la puesta en marcha de proyecto (hospitalismo, familia,...).
- Exposición breve de las intervenciones de preparación previa a su paso a los pisos en la comunidad.
- Valoración de los resultados del proyecto por parte de profesionales implicados, familia y paciente.

EL TRATO HUMANIZADO COMO RECURSO TERAPÉUTICO: EXPERIENCIA EN LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN

Autor/a responsable de la Comunicación: León Macía, Melquíades. Centro de trabajo: Centro Asistencial San Juan de Dios. Dirección postal: C/ Casabermeja, 126. Málaga. Teléfono: 952.25.05.50. e-mail: mleon@malaga1.betica.sanjuandedios-oh.es

AUTORES: Melquíades León Macía, Sergio Puyol Jiménez, Juan Fernando Vázquez Guzmán, Ana Ruiz Porras, Águeda Díaz Domínguez, M^a Victoria Molina Heredia.

PALABRAS CLAVE: Rehabilitación, normalización, humanización

En la presente comunicación se expone el modelo de trabajo rehabilitador con enfermos mentales crónicos que venimos realizando desde hace años en el Centro Asistencial San Juan de Dios, puntualizando especialmente dos aspectos: la importancia de trabajar hacia la normalización de los pacientes, contemplando así el derecho de estos a «ser normales», y el destacado papel que tiene en esta labor el trato humanizado, no sólo como respecto a su dignidad como personas, sino como recurso terapéutico. En la Unidad de Rehabilitación, y en relación con el «derecho a la normalización» de los pacientes entendemos como prioritario el desetiquetamiento de estos, en la medida de lo posible, para poder potenciar y desarrollar sus partes sanas. Este aspecto conecta con el debate de la «construcción institucional y social de la enfermedad mental». Desde este punto de vista tratamos de que, dentro de sus posibilidades,

cada uno de ellos asuma ser el último responsable de su vida. Por otro lado el trabajo afectivo/humanizador nos sirve como herramienta terapéutica, dado que pensamos que éste es el primer eslabón que encadena el resto de intervenciones terapéuticas: «sin reconocimiento afectivo el resto de intervenciones no sirven para el paciente, porque no le llegan».

Se reflexiona también brevemente sobre la importancia de un equipo interdisciplinar de profesionales que gire entorno al paciente, rompiendo así el modelo de relaciones jerarquizadas entre los miembros del equipo que tradicionalmente se ha venido haciendo.

Después de la anterior introducción teórica se analiza a nivel práctico el modelo de trabajo y los recursos con los que contamos para este proceso, contextualizándolos dentro de las premisas anteriores.

UN NUEVO HUMANISMO PARA LA BIOÉTICA

Autor/a Responsable de la Comunicación: Barnés Vázquez, Antonio. Centro de trabajo: Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Granada. Dirección postal: C/ Linaje 4, 8°. Teléfono: 678.261.519. e-mail: barnesius@hotmail.com

AUTORES: Antonio Barnés Vázquez

PALABRAS CLAVE: Bioética, globalización, humanismo

En mi opinión, se han producido tres principales globalizaciones a lo largo de la historia. La primera es la subsiguiente a las conquistas de Alejandro Magno, el llamado período helenístico. A esta globalización la denominaremos «civilizadora». La segunda es la renacentista, y tiene como núcleo los descubrimientos de la imprenta y de América. A esta la tildaremos de «cultural». Actualmente estamos en la tercera, que nombro «biotecnológica».

Las globalizaciones suponen cambios profundos que precisan pensar y repensar la historia y el hombre. La primera fue precedida del magisterio de Platón y Aristóteles. Tan es así, que el segundo educó a Alejandro. No hace falta insistir en la densidad intelectual de estos filósofos griegos.

Para afrontar la segunda globalización se contaba, por una parte, con el redescubrimiento y la relectura de la cultura clásica en general y de estos mencionados filósofos en particular. Por otra parte, la patristica y la escolástica representaban vastos corpus en extensión e intensidad para desarrollar un humanismo con nombre propio. A este propósito, resultan muy significativos los debates sobre la

legitimidad de la conquista y colonización de los pueblos encontrados.

En esta tercera globalización parece que nos topamos con una filosofía ancilla *technologiae*, por remedar el aforismo medieval. La incapacidad del paradigma ilustrado por responder satisfactoriamente a los retos de la biotecnología parece evidente. Un pensamiento débil no será capaz de afrontar en profundidad el status adecuado de las nuevas técnicas.

Se precisa un humanismo revitalizado que esté en conexión con los dos anteriores: el grecorromano y el renacentista.

A estos efectos, la obra *Nostalgia del absoluto* de George Steiner puede arrojar-nos alguna luz. Según el pensador judío, la Ilustración logra que el cristianismo deje de ocupar el núcleo de la cultura dominante occidental. Steiner analiza algunos sistemas que tratan de ocupar el espacio libre: el marxismo, el psicoanálisis, la antropología de Lévi-Strauss y la ufología.

Su diagnóstico es demoledor. Lejos de ser científicos, estos sistemas constituyen nuevas mitologías, espejismos que engañan al hombre con un ropaje pseudocientífico.

Con su conclusión, sin embargo, no podemos estar de acuerdo. Steiner reivindica la sola scientia, la ciencia experimental como único soporte al que agarrarse en esta marea negra de la Ilustración. Pero la ciencia no es neutra, porque es un producto humano. La necesidad debe estar regida por la racionalidad y la libertad.

El hombre no puede renunciar a repensar profundamente los nuevos hallazgos tecnológicos. El ingeniero nunca debe sustituir al filósofo. Las dos guerras mundiales y los totalitarismos dejan bastante claro el uso homicida que puede

dar el hombre a una técnica de por sí progresiva.

El debate sobre la eutanasia, la fecundación in vitro, la experimentación con embriones, la clonación, etc, no debería basarse, por ejemplo, en aportes como los de Mar adentro de Amenábar, que podríamos calificar, tomándolo prestado de la literatura, como de nueva sentimentalidad. La interpretación romántica debe quedar en el pasado. Hay que restaurar la quiebra de la tradición, en el buen sentido del término, que es, en expresión chestertoniana, la democracia de los muertos.

ATENCIÓN ESPIRITUAL DE LOS ENFERMOS TERMINALES

Autor/a responsable de la Comunicación: Monge Sánchez, Miguel Angel. Centro de trabajo: Capellania Clínica Universitaria De Navarra. Dirección postal: Pío XII, 36. Teléfono: 948-255400. e-mail: mmonge@unav.es

AUTORES: Monge Sánchez, Miguel Ángel

PALABRAS CLAVE: terminales, atención espiritual, capellán.

Estoy preparando un libro que trata sobre la etapa final de la vida (posible título: ¿Aprender a morir, Al final de la vida?...); he buscado ayuda en el cine, incorporando películas que sirvan para glosar cada capítulo. Entre algunos films estupendos («Tierra de penumbras», «A propósito de Henry», etc.), me ha llamado la atención no encontrar nada válido para apoyar la ayuda espiritual en esa última etapa de la vida. He descartado, por razones obvias, «Mar adentro» y «Millions dollars Baby».

Lo único que he encontrado ha sido «Pena de muerte», donde una monja católica ofrece una verdadera ayuda espiritual a un condenado a muerte (ayuda que le hace sentirse hijo de Dios y morir en paz).

Presupuesto necesario: el hombre enfermo, por muy grave que esté, sigue siendo persona humana. No conviene olvidar que el más débil es el más digno. «Yo no soy una enferma, soy una persona que tiene un problema» (Alexia).

Diversidad de situaciones: desde enfermos con gran riqueza interior hasta los más obtusos, «unidimensionales».

La enfermedad terminal (neoplásica o no) tiende a modificar las actitudes y los comportamientos.

El enfermo terminal necesita atención en todos los niveles: médicos, psicológicos, sociales y espirituales.

La atención espiritual es una necesidad que responde a la condición del hombre enfermo cuando de ordinario se pone más de manifiesto la dimensión espiritual del ser humano. Es frecuente que en la enfermedad aparezcan interrogantes sobre el porqué y el para qué de la vida, del dolor, de la enfermedad y de la muerte, y los profesionales de la salud no pueden desentenderse de esta realidad.

Estudios de Sociología sanitaria muestran como «los pacientes, creyente o no, demandan una posibilidad de tratar con alguien los grandes temas vitales: sentido de la propia vida, posibilidad de vida futura y trascendencia, etc. Karl Jaspers, médico y filósofo alemán, que era además enfermo crónico, hace unas interesantes reflexiones sobre lo que él denomina «situaciones-límite» de la vida, aquellas en las que el ser humano traspasa el

horizonte de lo cotidiano y llega a tocar fondo; son momentos y situaciones en los que el hombre toca el fondo de la existencia y se abre al horizonte de la trascendencia. Esto sucede, dice Jaspers, en las experiencias profundas del amor, pero ocurre también en otras situaciones, como el sufrimiento y, sobre todo, la muerte. Estas situaciones que una mirada superficial tiende a considerar de poco

valor, pueden ser por el contrario uno de los momentos más auténticos y genuinos de su vida.

Dificultades:

- a) el temor de la muerte
- b) los miedos del enfermo
- c) la familia del enfermo
- d) la propia estructura sanitaria

LAS LEYES RECIENTES DE EUTANASIA, ¿UNA PENDIENTE RESBALADIZA?

Autor/a responsable de la Comunicación: Monge Sánchez, Miguel Ángel. Centro de trabajo: Capellania Clínica Universitaria de Navarra. Dirección postal: Pío XII, 36, 31080 PAMPLONA. Teléfono: n948-255400. e-mail: mmonge@unav.es

AUTORES: Monge Sánchez, Miguel Ángel

PALABRAS CLAVE: eutanasia, Holanda, Bélgica, pendiente resbaladiza.

Se hace un breve recorrido histórico (siglo XX) del movimiento a favor de la eutanasia, desde la fundación de la asociación EXIT en Inglaterra (1935) hasta los intentos de legalización en Australia (1995-97) y el Estado de Oregón, EE.UU, 1994) y la plena liberalización en Holanda (2000) y en Bélgica (2002).

Como Holanda ha sido el país pionero se analiza el iter recorrido en ese país:

- 1973: primera sentencia absolutoria de un caso de eutanasia
- 1984: despenalización bajo cinco condiciones
- 2000: plena liberalización: Ley de Terminación de la Vida a Petición Propia y del Auxilio al Suicidio.

Se estudia el caso de Bélgica, que sigue prácticamente los mismos pasos de Holanda.

Se hace una breve referencia a lo que sucede en España, desde que el socialista Cesáreo R. Aguilera propusiera en 1988 un borrador de proyecto de ley de eutanasia hasta las recientes campañas

mediáticas, como ha sido el film «Mar adentro» de A. Amenábar.

La conclusión es que se produce lo que algunos autores denominan el fenómeno de la «pendiente resbaladiza» (cfr. Iñigo Ortega, en *Annales theologiae* 17 (2003). La experiencia es que en los países donde está legalizada, se acaba aplicando la eutanasia fuera de las condiciones establecidas por la ley para los casos límite, que las medidas preventivas no han sido capaces de impedir esos excesos y que las autoridades no han perseguido a los infractores. Es imposible impedir los abusos. Sucede en el caso del aborto y ahora se repite de nuevo con la eutanasia. Se cumple lo que dijo Lord Walton (médico, empirista), presidente de la Comisión de Sanidad de la Cámara de los Lores, cuando se planteó la eutanasia en el Reino Unido: «no podemos opinar de eutanasia ni no vemos la eutanasia en acción». Fue, con 8 miembros de la Comisión a Holanda y estuvo allí tres meses, visitando centros, enfermos, familias... Al regresar, afirmó: «es imposible poner límites a una legislación sobre eutanasia» (Dr. Herranz, intervención en el Senado Español).

ASPECTOS BIOÉTICOS DEL NUEVO PROYECTO DEL ESTATUTO CATALÁN

Autor/a responsable de la Comunicación: Viladomiu Olivé, Isabel. Centro de trabajo: Associació Catalana d'Estudis Bioètics. Dirección postal: Sebastián Altet, 7. 08195 Sant Cugat del Vallés. Barcelona. Teléfono: 93 589 69 26. e-mail: i.viladomiu@telefonica.net

AUTORES: Viladomiu Olivé, I, Sarrias Lorenz, X, Fernández Burillo, S, Vidal Bota, J.

PALABRAS CLAVE: Vida humana, dignidad, Estatut.

El 18 de diciembre de 1979, el Rey Juan Carlos I sancionó como ley orgánica del Estado el Estatuto de Autonomía de Cataluña. Bajo el lema «Los tiempos cambian. Cambia el Estatut», la Generalitat de Cataluña ha presentado un nuevo proyecto de Estatut que fue admitido a trámite en las Cortes Generales el pasado 2 de noviembre.

Esta comunicación analiza las repercusiones bioéticas del nuevo marco jurídico catalán, especialmente en lo referente a la condición del no nacido y a la eutanasia. En ambos casos se aprecia una alarmante insensibilidad con respecto a la protección de los más vulnerables.

Junto a algunos aspectos que consideramos positivos, el nuevo Estatut relativiza el valor de la vida humana. Así, el texto antepone la libre decisión de la mujer a la protección del no nacido, en lo que concierne a su propio cuerpo y a su salud reproductiva y sexual (art. 41.5). En este contexto se muestra insensible a la violencia que con ello sufre el no nacido. Con ello, el Estatut incurre en una incoherencia, al pretender afrontar de forma integral toda violencia contra

la mujer (art. 41.2), fomentando sin embargo la violencia sobre el no nacido, en nombre de unos hipotéticos derechos reproductivos.

En el artículo 20 el Estatut regula lo que denomina —sin definirlo— la muerte digna (art. 20). También aquí se muestra insensible respecto a los más vulnerables de la sociedad: los enfermos y ancianos. Conculcando el primer principio médico —primero no dañar—, el Estatut ampara así otra forma de violencia, en este caso la que se ejerce sobre enfermos y ancianos.

Mientras en el art. 42.3 los poderes públicos se comprometen a velar por la dignidad, la seguridad y la protección integral de las personas, los artículos anteriormente citados condenan a los seres humanos más vulnerables a la arbitrariedad de la mujer —sometida a coacciones que quedan sin solucionar— y del médico.

El Estatut utiliza muy a menudo el concepto «vivir con dignidad». Por ejemplo, en nombre de la dignidad de la mujer se le reconocen arbitrarios derechos reproductivos. En nombre de una muerte

digna, se podrá legalizar la eutanasia, y en honor a la libertad, serán dignas las uniones que dispongan los poderes públicos.

El valor de la vida humana exige siempre su promoción y defensa desde

los poderes públicos sin exclusiones por temporalidad. La vida de cada ser humano —independientemente de sus circunstancias de edad, sexo, etc.— es el primer valor que la sociedad debe protegerse. El Estatut no lo hace.

TOMA DE DECISIONES AL FINAL DE LA VIDA BAJO PERSPECTIVA DE F.R.I.D.I.C.

Autor/a responsable de la Comunicación: Guardiola Navarro, Francisco. Centro de trabajo: Hospital Virgen de Los Lirios de Alcoy (Alicante). Dirección postal: Polígono de Caramanxel, s.n. (03804) ALCOY (Alicante). Teléfono: Trabajo: 966528857. Móvil: 649584039. Particular casa: 965160415. e-mail: guardiola_fra@gva.es

AUTORES: Francisco Guardiola Navarro y Gloria M^a Tomás y Garrido

PALABRAS CLAVE: F.R.I.D.I.C.. Toma De Decisiones Al Final De La Vida Bajo Perspectiva De F.R.I.D.I.C..

1. Introducción

Las decisiones médicas al final de la vida son complejas, llenas de incertidumbre tanto a nivel de praxis médica como ética. Nuevos problemas se plantean cada día a los profesionales de la medicina con el avance tecnológico al servicio de la salud.

Los retos bioéticos planteados han sido estudiados por expertos profesionales en medicina y ética, llegando a conclusiones prácticas, incluso algunas elevadas a la categoría de ley. Actualmente existen guías de Voluntades Anticipadas y protocolos de Consentimiento Informado normalmente aceptados, siendo los de Sedación Terminal y la Limitación del Esfuerzo Terapéutico más controvertidos.

Dadas las diferentes ideologías y tendencias éticas no se ha llegado a un consenso de actuación, lo cual nos lleva a decisiones contrarias y actitudes terapéuticas diferentes entre los profesionales al Tomar Decisiones al final de la Vida.

2. Desarrollo

Bajo una perspectiva que parece más de calidad que de ética aparecen terminologías como eficaz, eficientes, fútiles, daño, etc. ¿Pero qué pasa cuando una medida hace daño, pero a la vez es vital? Entonces aparece el dilema ético: enfrentación del principio de autonomía con el de respeto a la vida.

Siendo evidente que, aunque aceptando que la correlación enfermedad-muerte-daño es correcta, la interpretación del sentido de esta situación que se presenta al final de la vida es distinta ya que se valora de forma diferente por las distintas corrientes éticas.

En la vida hay situaciones que de alguna manera podemos considerar Excusas, que incluyen factores ocultos (disimulados, encubiertos) y dado que la muerte es parte de la vida, podemos considerar que también existen y desde este momento ruego se me otorgue llamarlos F.R.I.D.I.C. (Factores Reales de Incierta Demostración pero de Importantes Consecuencias).

Este término engloba tanto a factores materiales, psicológicos y espirituales y que en la mayoría de las veces son mixtos y pudiendo ser positivos o negativos pues su rango va desde la mentira y los intereses creados y el afán de protagonismo hasta la Voluntad Superior con toda su benevolencia.

A parte de su posible disimulo, se caracterizan por ser según las leyes del azar de muy baja probabilidad ya que se plantean repetidamente hasta conseguir un determinado fin no siendo este hecho explicable ni por la Teoría del Caos ni por el Azar, Sí por la Teoría de los Juegos que demuestra una voluntad y deseo de

conseguir un determinado y sesgado resultado.

3. Conclusión

Por todo ello, creo que en la Toma de Decisiones al final de la vida desde un punto de vista ético, a parte de considerar los factores patentes claramente científicos que se nos aporten, debemos tener muy en cuenta los Factores Reales de Incierta Demostración pero de Importantes Consecuencias (F.R.I.D.I.C) que en la mayoría de las situaciones en el devenir de la existencia llevan consigo de forma oculta o solapada.

LA ASOCIACIÓN NACIONAL PARA LA DEFENSA DE LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA DEL PERSONAL BIOSANITARIO (ANDOC)

Autor/a responsable de la Comunicación: Delgado Belloso, Juan Manuel-Villalobos Ruiz, Juan Luis . Centro de trabajo: Oficina de Farmacia en Jaén; Farmacéutico en Hospital Clínico de Málaga. Dirección postal: Avda. de Andalucía 81, 23005 JAEN. Teléfono: 953-255353; 639111389. e-mail:juanma@movistar.net

AUTORES: : Delgado Belloso, Juan Manuel-Villalobos Ruiz, Juan Luis

PALABRAS CLAVE: Objeción de conciencia, farmacéuticos.

La Asociación Nacional para la Defensa del Derecho a la Objeción de Conciencia (ANDOC), nace en Junio de 2001 con el propósito de asumir la defensa del derecho fundamental de Objeción de Conciencia del personal biosanitario.

Tras la legalización del medicamento llamado Norlevo, conocido coloquialmente con el término de «píldora del día después» (PDD), por el Ministerio de Sanidad; y de la Orden dictada en junio de 2001 por la Consejería de Salud que declaraba de obligada tenencia en las farmacias de la píldora postcoital, un nutrido grupo de farmacéuticos y sanitarios, así como médicos, ATS, ... de toda Andalucía y del resto del país, ponen en marcha esta iniciativa como una vía para defender su derecho fundamental a la objeción de conciencia ideológica, ética o religiosa.

La Asociación se creó por dos motivos fundamentales:

A.-Facilitar cobertura jurídica a todos aquellos asociados que consideren

lesionado su derecho a la objeción de conciencia en el ámbito de su ejercicio profesional.

B.- Invertir en la formación bioética de nuestros profesionales a través de jornadas, cursos, reuniones y difundir el respeto a la objeción de conciencia entre los usuarios de la sanidad.

Aunque impulsada en un primer momento por farmacéuticos, ANDOC nació con la vocación de dar cabida a todos los Profesionales Sanitarios, y que se reconozca el Derecho a la Objeción, ahora con la PDD, mañana con la eutanasia, manipulación con embriones, defensa del matrimonio y de la familia, etc.

Los OBJETIVOS básicos de ANDOC son:

- Defensa del Derecho fundamental a la Objeción de Conciencia de cualquier Profesional Sanitario, (art. 16.1 CE).
- Libre examen de los problemas ético-morales que permitan definir la situación jurídica, derechos y obligaciones

del Personal Sanitario en su labor profesional.

- Reconocimiento de unos Principios Éticos orientados al respeto a la vida, la salud y la dignidad de la persona, de conformidad con las normas deontológicas de las profesiones sanitarias.

A lo largo de estos 4 años ha desarrollado una actividad incesante para difundir sus objetivos fundamentales, a través de sus asociados, labores de asesoramiento legal, comunicados de prensa, artículos, presencia en foros, etc. Se ha logrado una importante implantación social en varias provincias españolas, e impulsado la inclusión del reconocimiento de la objeción de conciencia en varios Códigos deontológicos aprobados por distintos Colegios de farmacéuticos de nuestro país, y sobre todo, se ha dado un paso decisivo para el reconocimiento legal de la objeción de conciencia farmacéutica con la Sentencia

del Tribunal Supremo, de 23 de abril de 2005, en la que se admite la posibilidad de obtener la objeción de conciencia en la prescripción y dispensación de productos farmacéuticos. Esta Sentencia resuelve el recurso planteado contra la Orden de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, en la que se incluye, como existencia mínima en las Oficinas de Farmacia, la «píldora del día siguiente». La mencionada Sentencia deja constancia de que «en el caso de la objeción de conciencia, su contenido constitucional forma parte de la libertad ideológica reconocida en el artículo 16.1 de la CE, en estrecha relación con la dignidad de la persona humana, el libre desarrollo de la personalidad (art. 10 de la CE) y el derecho a la integridad física y moral (art. 15 de la CE), lo que no excluye la reserva de una acción en garantía de este derecho para aquellos profesionales sanitarios con competencias en materia de prescripción y dispensación de medicamentos».

INFLUENCIA DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN EN EL CONCEPTO Y LA REALIDAD DE LA EUTANASIA

Autor/a responsable de la Comunicación: Gándaras Martín, María Elena. Centro de trabajo: ABIMAD

Dirección postal: Apartado postal 9.124. Teléfono: 670 73 49 76. e-mail: melenag@gmail.com

AUTORES: M. Elena Gándaras Martín; Eva Corujo; Belia Laporta Zaldivar; Maria Gutiérrez Sánchez; Irene Gárgoles Saes; Barbara Arquillo Alonso y Andrea Villalón Pastor

PALABRAS CLAVE: Eutanasia-Comunicación.

I— En España se ha creado, un intenso debate social en torno a la eutanasia, en el que personas y grupos sociales toman partido a favor o en contra de ella, con frecuencia con posturas radicales, y en las que al preguntar a los defensores y detractores de la misma, aparece una clara de falta de acuerdo acerca del significado dado a los términos fundamentales que entran en el núcleo del tema, lo que hace inviable un auténtico diálogo que permita mejorar el lenguaje y buscar claridad, soluciones y consenso en este tema.

Esto influye no solo en la legislación y en la medicina, sino también en la forma de concebir la muerte y las relaciones familiares, cuando se produce una situación en algunos de sus miembros, de enfermedad grave, invalidante, dolorosa y progresiva.

Ante estos hechos nos hemos planteado si los medios de comunicación ofrecen información, que ayude a clarificar conceptos.

II— Realizamos:

—Elaboración y aplicación de un cuestionario a una muestra de población no especializada y de amplio espectro, con objeto de poder cuantificar el grado y calidad de información de los encuestados, así como sus opiniones personales y grado de fundamentación de las mismas.

—Rastreo bibliográfico en publicaciones especializadas, para constatar el contenido, unidad, claridad y fundamentación del término eutanasia y de algunos más estrechamente relacionados.

—Búsqueda de notas de prensa, en los principales buscadores de Internet, con el mismo fin anterior.

Una vez recogidos los datos, los analizamos, reflexionamos sobre ellos y finalizamos con una puesta en común.

III— Los cuestionarios constatan que se conoce poco y mal qué es la eutanasia y se emiten juicios sin fundamento suficiente. Algunos encuestados solicitaron

más tiempo y se lo facilitamos, pero no mejoraron las respuestas, lo que evidencia la confusión y falta de referencias claras para el público.

Las publicaciones especializadas, evidencian que el término eutanasia se utiliza con significados muy distintos, que a su vez son utilizados en documentos oficiales y leyes con la consiguiente confusión.

Resultados semejantes hemos obtenido en las noticias de prensa, de los buscadores de Internet.

IV— Los medios de comunicación, deben aplicar el principio de cautela al informar sobre este tema, para no aumentar la confusión.

—Difundir estos resultados, para promover clarificación terminológica a nivel universitario, mediático, político y jurídico.

—Elaborar de un léxico sobre eutanasia y términos afines con el mayor consenso posible y normalizarlo internacionalmente (ISO o similares). Posteriormente difundir desde todas las instancias este léxico normalizado. Provocar encuentros interdisciplinarios que tengan la mayor cobertura mediática posible.

—Al elaborar documentos oficiales y legislación sobre este tema, y mientras no esté normalizado aplicar principio de cautela al elaborar leyes: es preferible dejar libre la iniciativa personal que legislar con tal confusión.

PROBLEMAS ÉTICOS MÁS FRECUENTES EN LA PRÁCTICA PSICOLÓGICA

Autor/a responsable de la Comunicación: Dr. Juan Antonio Mora Mérida, Facultad de Psicología, Departamento de Psicología Básica, Universidad de Málaga. 29071 MÁLAGA. Tlf. 952-13 10 89. Fax: 952- 13 26 31. e-mail: mora_merida@uma.es y j_mora_merida@hotmail.com

AUTORES: Juan Antonio Mora Mérida

PALABRAS CLAVE: Ética; práctica psicológica.

En la presente comunicación se revisa el Código Deontológico del Psicólogo en España, pasando revista a la lista de problemas éticos que se recogen en el mismo. Sin embargo, a la hora de analizar la práctica psicológica y los problemas que se vienen detectando, no encontramos datos estadísticos fiables, por lo que debemos acudir a fuentes provenientes especialmente de Reino Unido y Estados Unidos, donde la tradición de los Comités Éticos esta fuertemente implantada.

Los problemas éticos son inherentes a cualquier actividad humana. Y si esta es tan profunda e importante como la práctica médica y/o psicológica, la importancia y profundidad de los posibles problemas planteables crece espectacularmente.

Esto hace que conforme ha ido creciendo la implantación de la joven ciencia psicológica, al mismo tiempo que se instauraban los diferentes Colegios Profesionales y/o Agrupaciones de Psicólogos, surgieran posteriormente los diversos Códigos Deontológicos de la profesión psicológica.

De las tres sociedades psicológicas analizadas, entendemos que la que ejerce

un auténtico sentido de Código de Conducta es la del Comité Ético de la American Psychological Association. Lo que podíamos denominar modelo español, tal como viene funcionando, se queda en una declaración de buenas intenciones, que difícilmente lleva estas normas éticas a la práctica y a la investigación psicológica. El modelo británico, quizás está más centrado en la evaluación de los instrumentos psicológicos, las investigaciones, etc., lo que nos explicaría esa mayor incidencia en relación a esos contextos. Finalmente, el modelo USA, donde el Comité Ético lleva una estadística exhaustiva de todas las denuncias que se producen, se analizan y sancionan las mismas, y se da publicidad nominal de las sanciones realizadas, estimamos que es el más conveniente.

El que los principios éticos se concreten en normas de buena/mala conducta, ejerce indudablemente un efecto de aprendizaje vicario en toda la profesión y práctica psicológica, en aquellos contextos en los que se realiza. Y considerados así, aterrizan todas las declaraciones de buenas intenciones que vienen recogiendo todos los Códigos Deontológicos.

Referencias Bibliográficas

- American Psychological Association (1992). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, 47, 1597-1611.
- American Psychological Association (2002). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, 57, 1060-1073.
- American Psychological Association. Ethics Committee (2004). Report of the Ethics Committee. *American Psychologist*, 59, 434-441.
- Colegio Oficial de Psicólogos (2004). *Ética y Deontología para Psicólogos*. Madrid: Secretaría Estatal Colegio de Psicólogos.
- Colegio Oficial de Psicólogos de Andalucía Oriental (1994). *Monográfico: Secreto Profesional*. Granada: Colegio Oficial de Psicólogos.
- Wadeley, A. (1991). *Ethics in Psychological Research and Practice*. London: British Psychological Society.
- Wadeley, A. y Blasco, T. (1995). *La Ética en la investigación y la práctica psicológicas*. Barcelona: Ariel Psicología.

OPINIÓN DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS SOBRE CLONACIÓN

Autor/a responsable de la Comunicación: Moya Santoyo, José. Centro de trabajo: Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid. Dirección postal: Campus de Somosaguas. Madrid, 28223. Teléfono: 913533024. e-mail: jmsantoyo@psi.ucm.es

AUTORES: Moya Santoyo, José y Mantecón, Cristina

PALABRAS CLAVE: Clonación, ética, Estudiantes Universitarios.

En este estudio presentamos las respuestas de estudiantes universitarios a algunos problemas relacionados con la clonación. La encuesta tiene cuatro apartados: a) cuestiones sobre la información que tienen los estudiantes respecto a algunas cuestiones relativas a la clonación, b) preguntas sobre aspectos éticos; c) utilidad de la clonación para la investigación y para curar enfermedades; y d) Influencia de la iglesia a que pertenecen los estudiantes universitarios en su opinión sobre clonación.

Los resultados muestran que los estudiantes universitarios (se han eliminado intencionadamente los estudiantes de medicina): a) no tienen un conocimiento adecuado de la clonación, b) sus opiniones éticas están muy mediatizadas por opiniones poco científicas, c) están muy inclinados a valorar positivamente la investigación y la utilidad médica, y d) la religión no tiene un peso específico en sus opiniones.

In this study we present the undergraduate's answers to some problems related to the clone problem. The survey has four paragraphs: a) it is proposed some questions related to different problems about the clone problem, b) some questions about ethical problems; c) usefulness of the clone for investigation and for cure diseases; and d) Influence of the doctrine of their own church in their opinion on clone.

The results show that the undergraduates (we have eliminated intentionally undergraduates of medicine): a) do not have an adequate knowledge of the clone, b) their ethical opinions are very biased for no scientific opinions, c) they are very inclined to positively value investigations, and medical utility too, and d) the religion hasn't a specific weight in their opinions.

EL GRAN PREMATURO Y SUS SECUELAS: DILEMA ÉTICO DESDE UNA PERSPECTIVA REHABILITADORA

Autor/a responsable de la Comunicación: M^a Isabel Suárez Boville. Centro de trabajo: Servicio de Rehabilitación y Medicina Física. Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería

Dirección Postal : Avda. Nueva Alcazaba, nº 80 CP 04007, Almería. e-mail: msuarb@fundacionhvn.org

AUTORES: M^a Isabel Suárez Boville, Clara A. Arrebola López, Antonio Ruiz Fajardo, Inmaculada García Montes.

PALABRAS CLAVE: ética, secuelas, prematuro.

1. Introducción:

Definiremos conceptualmente lo que es un recién nacido pretérmino, especificaremos los distintos grados de prematuridad; comentaremos su incidencia, mortalidad, y la etiología y secuelas más frecuentes.

2. Desarrollo:

Expondremos dos casos de prematuros extremos, con evolución clínica muy dispar.

3. Conclusiones:

Desde su nacimiento, el camino de un prematuro no es sencillo. Muchos de los que sobreviven crecen en forma saludable; otros no tienen tanta suerte. Incluso el mejor de los cuidados no siempre puede impedir que un bebé prematuro tenga incapacidades permanentes

como parálisis cerebral, retraso mental y problemas de aprendizaje, enfermedad pulmonar crónica y problemas de vista y audición. Como regla general, mientras más prematuro sea el bebé y más bajo sea su peso al nacer, mayor es el riesgo de que se presenten complicaciones.

Sin embargo, es imposible predecir los resultados a largo plazo para un bebé en particular basándose solamente en la edad gestacional o en el peso al nacer, aunque estadísticamente el mayor riesgo de minusvalía se encuentra en los bebés que nacen con menos de 1500 gramos»

A raíz de estos datos científicos, es importante resolver las siguientes cuestiones:

1. ¿Se debe «a toda costa» intentar salvar la vida de cualquier neonato?
2. ¿A quien corresponde tomar la decisión de la viabilidad o no, de un gran prematuro?

3. ¿Debería estar mejor legislado el protocolo a seguir en estos casos?
4. Está en boga el plantearse los problemas éticos en torno al final de la vida, ¿y por que no al inicio de ésta?
5. ¿Debería tenerse en cuenta, al igual que en los ancianos, el derecho del prematuro a la vida y el derecho a la muerte?
6. ¿Tenemos en consideración la «calidad de vida» del gran prematuro y de su entorno familiar?
7. ¿Contemplamos la posibilidad de estar «sacando a la vida» a un gran dependiente?

BELLEZA Y MEDICINA ESTÉTICA. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y MORALES

Autor/a responsable de la Comunicación: Carrascosa Almazán, M^a Antonia. Centro de trabajo: Consulta Privada de Nutrición y Medicina Estética, Médico (nº col 4128 de Jaén). Dirección postal: Calle Pío XII, nº 1, 3º B. 23003-Jaén. Teléfono: 953 27 07 24. e-mail: macarrascosa arroba eresmas.com

AUTORES: M^a Antonia Carrascosa Almazán

PALABRAS CLAVE: medicina estética, ética, deontología.

1. Introducción

Determinamos el Objeto de la Medicina Estética.

Aplicamos la Bioética a la Medicina y Cirugía Estética, para justificar su existencia y estudiar sus límites. Revisamos el Código de Deontología Médica. Finalmente qué dicen la Iglesia y la moral cristianas.

Desarrollo. Objeto de la Medicina Estética.

Trata de mejorar lo que ya existe en el individuo y contribuye a la obtención de la belleza física. Se alivia así el posible trastorno psicológico secundario a un «defecto» físico. Es un acto médico donde las ganancias psicológicas obtenidas, tienen un impacto considerable en el estilo de vida del paciente.

La Bioética aplicada a la Medicina y Cirugía estética.

Código de Deontología Médica, 1999.

Partimos de que la medicina está al servicio del hombre. Es fundamental la lealtad del médico a su paciente: nunca le perjudicará. La eficacia médica exige una plena relación de confianza entre médico

y paciente. Cuando las medidas propuestas supongan riesgo para el paciente, el médico obtendrá consentimiento informado. El secreto médico, se establece como un derecho del paciente. La publicidad ha de ser objetiva, prudente y veraz, de modo que no levante falsas expectativas. El acto médico no podrá tener como fin exclusivo el lucro; el médico tiene derecho a ser remunerado de acuerdo con su cualificación profesional. Los honorarios médicos serán dignos y no abusivos.

La Medicina Estética ante la Iglesia y la moral cristiana.

La moral cristiana responde que la belleza es un bien, pero corporal, ordenado al hombre, y como tal, susceptible de abusos. Pero también numerosos motivos la legitiman a veces, y otras la aconsejan positivamente.

2. Conclusiones

La belleza es una de las aspiraciones legítimas del ser humano; más aún la belleza del cuerpo contribuye a potenciar el lenguaje de la persona y es

componente esencial para su identidad. La Medicina Estética es parte legítima e integrante de la medicina. En el amplio crédito que tiene la Medicina Estética quedan reservas que superar, debidas algunas a la ignorancia. Tales prejuicios no impiden definir la Medicina y Ciru-

gía Estética como una ciencia y un arte, ordenado en sí mismo al beneficio de la humanidad. Y en lo que concierne al médico estético, una profesión en que se empeñan importantes valores éticos y psicológicos.