

MECANISMO DE ACCIÓN DEL ACETATO DE ULIPRISTAL, LA NUEVA PÍLDORA DEL DÍA DESPUÉS

MANUEL CASADO ECHÁVARRI, IÑIGO SAMARANCH VARGAS

Alumnos de la Facultad de Farmacia.

Universidad de Navarra

mcasado.1@alumni.unav.es

isamaranch@alumni.unav.es

Introducción

En el año 2012 se ha comenzado a comercializar, como contraceptivo de emergencia, una nueva molécula análoga de progesterona, el acetato de ulipristal (comercializado en España como ellaone). Sus fabricantes y comerciales, afirman que entre sus ventajas frente al levonorgestrel, está la de que no evita la implantación, ya que, según ellos, parece ser que su mecanismo de acción es únicamente anovulatorio. Desde nuestro punto de vista nos parece importante hacer una revisión para mostrar si realmente esta molécula no afecta a la implantación del blastocito.

Objetivo

Evaluar el mecanismo de acción del acetato de ulipristal y hacer una valoración ética sobre su comercialización y utilización.

Material y Métodos

Búsqueda bibliográfica en bases de datos científicas.

Resultados

El acetato de ulipristal es antagonista de progesterona, por lo tanto actúa impidiendo que la progesterona actúe sobre sus receptores localizados en el endometrio. Por otro lado tenemos varios estudios que demuestran

que además de retrasar la ovulación al administrarse antes de esta, el acetato de ulipristal tiene efectos directos sobre el endometrio. Por último decir que hay estudios que demuestran que el acetato de ulipristal disminuye la probabilidad de concebir de un 36% a un 2% al administrarse en mujeres en estado fértil.

Discusión

Ateniéndonos a los estudios anteriores vemos que el acetato de ulipristal tiene efecto antiimplantatorio en determinados casos, vemos que produce un sangrado endometrial prematuro y no deja cumplir su función de preparar el endometrio para la implantación a la progesterona, esto se confirma al ver la disminución de la tasa de embarazo en mujeres en estado fértil al administrarles acetato de ulipristal. Por lo tanto se debería modificar la ficha técnica de este compuesto y valorar éticamente el uso de un compuesto que priva de su vida a un ser indefenso y enseña a las personas a no ser consecuentes con sus actos, sino que hasta una vida se puede eliminar cuando esta supone una molestia.

Conclusión

El acetato de ulipristal puede actuar como antiimplantatorio. Se debería hacer una revisión de su ficha técnica y una segunda valoración sobre su comercialización.

LA EUTANASIA, UNA MUERTE A DEMANDA

VICTORIA SALA SANZ DE MADRID, ESTEL CURADO SANTOS,
INÉS MARTÍNEZ SERRA

Estudiantes de Enfermería en la Universidad Internacional de Catalunya

C/ Sanjuanistas, nº 20 principal 1ª. 08006, Barcelona

ines_serra93@hotmail.com

Introducción

Nos hallamos en una cultura relativista, donde los jóvenes se están encontrando sin argumentos de peso para poder posicionarse frente a dilemas éticos de gran importancia que ponen en desestima la vida humana, rechazándola al completo. Actualmente, se evidencia constantemente el miedo colectivo de la especie a la fórmula "*Et morierum*", moriremos todos. A pesar de este pavor a la muerte, la aprobación de la eutanasia está a la orden del día, y todo apunta a que los futuros profesionales sanitarios, los cuales deberían ser defensores de la vida, dan su aprobación a los métodos para acelerar la llegada de ésta.

Material y Métodos

Como futuras profesionales en enfermería hemos querido realizar un estudio para obtener conclusiones acerca de este posicionamiento generalizado a favor de la práctica de la eutanasia. Partiendo de un estudio y una revisión exhausta sobre el tema, realizaremos entrevistas en profundidad a jóvenes estudiantes de medicina y enfermería, intentando indagar en posibles argumentos que tengan en común a la hora de defender o rechazar la eutanasia. Asimismo, para acabar de perfilar la visión del colectivo juvenil frente al tema, procederemos a realizar encuestas con preguntas que nos permitan formular una conclusión más global.

Resultados

Mediante la elaboración de este proyecto, esperamos poder entender si la cultura de la muerte actual viene dada por una profunda desorientación ideológica y moral, por falta de conocimientos sobre el tema, falta de reflexión personal o falta de valores humanistas cristianos.

Conclusiones

Así pues, siendo conscientes de que el saber científico está incapacitado para resolver las cuestiones sobre el sentido y el valor de la vida, intentaremos llegar a la obtención de argumentos que nos permitan posicionarnos de tal forma que defendamos el derecho primordial del ser humano, vivir de forma digna.

Referencias bibliográficas

- Philippe Ariès. Historia de la muerte en Occidente, Desde la Edad Media hasta nuestros días. Barcelona: El Acantilado; 2000.
- José González Horrillo. Manual básico para católicos sin complejos. Cuarta Edición. Madrid: Editorial Sekoita; 2010.
- Iñigo Ortega. La "pendiente resbalazida" en la eutanasia: ¿ilusión o realidad?. *Annales Theologici* [revista en Internet] 2007 [acceso 1 de marzo de 2013]; 17 (77-124): [30]. Disponible en: http://www.eticaepolitica.net/bioetica/io_pendiente%5Bes%5D.pdf

ENSEÑANZAS DEL HOLOCAUSTO PARA LA EDUCACIÓN MÉDICA: UN VIAJE DE ESTUDIOS A LUGARES DE MEMORIA DE LA MEDICINA NAZI CON ESTUDIANTES DE MEDICINA

FERNANDO ALONSO ECENARRO, PATRICIA ARRANZ VAQUERO

VICTORIA ESPEJO BARES, MANUEL IGLESIAS RODRÍGUEZ

HIRIA LIMPO ALONSO, MARTA LÓPEZ DE LAS HERAS

Universidad Francisco de Vitoria

Carretera Pozuelo-Majadahonda, Km. 1,800;

28223 Pozuelo de Alarcón (Madrid)

feralecenarro@yahoo.es

Introducción

En septiembre de 2012, alumnos de medicina de la Universidad Francisco de Vitoria realizaron un seminario itinerante por lugares de memoria de la época nazi en Berlín y Cracovia, con el propósito de conocer los principales acontecimientos relacionados con la medicina, y reflexionar sobre el papel del médico en ese contexto. El objetivo de este estudio es analizar el impacto que esta experiencia docente tiene en el posicionamiento ético de los estudiantes.

Material y métodos

Fase cualitativa: reflexión grupal en *braing storming* del alumnado asistente. Fase cuantitativa: cuestionario estructurado de 11 ítems resultantes del análisis y agrupación temática de los asuntos propuestos en la fase previa. Cada ítem recoge un área de aprendizaje potencial derivado de la vivencia. Se empleó una escala tipo Likert de 9 puntos (1-3: importancia baja; 4-6: importancia media; 7-9: importancia alta). Se describe estadísticamente (mediana y rango) la concordancia de opiniones del grupo.

Resultados

n=16 encuestados. Tasa de respuesta 100%. Se aprecia concordancia de criterio en el intervalo de "importancia alta" en el 66% de los ítems explorados.

Discusión

Este seminario introductorio de la asignatura de Ética y Deontología Profesional de 3º de Medicina, ha sensibilizado a los alumnos en la identificación de los principales problemas éticos de la práctica clínica: valor moral del acto médico, actitud del médico ante el poder, respeto a la dignidad del paciente, fidelidad ética en las pequeñas cosas, diferencia entre lo legal y lo ético...

Conclusión

El seminario itinerante ha permitido a la mayoría de los alumnos descubrir la importancia de adquirir un posicionamiento ético en la práctica médica.

EL DERECHO A LA INFORMACIÓN: CONSPIRACIÓN DEL SILENCIO EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

PABLO GÁLVEZ HERNÁNDEZ, CARLOS MARTÍNEZ MACIÀ
Universitat Internacional de Catalunya
C/ Josep Trueta s/n S. Cugat del Valls
paugalvez@uic.es

Introducción

La conspiración del silencio es un pacto implícito o explícito por parte de familiares, amigos y profesionales sanitarios, que tiene como objetivo ocultar o transformar información sobre la condición o pronóstico del paciente⁽¹⁾. Diversos estudios demuestran que muchos pacientes oncológicos llegan al final de sus vidas sin conocer tanto su diagnóstico como su pronóstico, pero se ha visto que muchos de ellos desean realmente saber su condición; para prepararse para la muerte, para hacer cosas que les faltan en la vida, o para poder tomar decisiones sobre⁽²⁾ su salud.

La necesidad de realizar este estudio se basa en la constatación, durante una estancia clínica en una planta de oncología, de que muchos pacientes se encontraban en el último tramo de su vida sin ser conscientes de ello. Nosotros creemos en el derecho a la verdad y a la información, por lo que queremos conocer mejor el proceso que envuelve a la toma de estas decisiones por parte del profesional a la hora de comunicar o no la verdad a un enfermo oncológico, además de las percepciones de los demás profesionales que conviven a diario con ellos.

Material y métodos

En una primera fase, se realizará un estudio descriptivo transversal. Se elaborará una entrevista semi-

estructurada que trate los ámbitos a estudiar, para recoger información de diferentes profesionales sanitarios relacionados con el campo de la oncología (oncólogos, psicooncólogos y enfermeros). En una segunda fase, se hará una síntesis de los resultados y se hará una reflexión de los datos obtenidos desde una visión antropológica y ética.

El estudio se desarrollará durante el mes de junio y julio del 2013, por lo que se no se pueden extraer por el momento resultados, discusión ni conclusión.

Bibliografía

- (1) Ruiz-Benítez M, Coca M. El pacto de silencio en los familiares de los pacientes oncológicos terminales. *Psicooncología* [Revista on-line] 2008. [acceso 7 de mayo de 2013]; 5 (1): 53-69. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/16351>
- (2) Ahalt C, Walter L, Yourman L, Eng C, Pérez-Stable E, Smith A et al. "Knowing is Better": Preferences of Diverse Older Adults for Discussing Prognosis. *Gen Intern Med* [Revista online] 2012. [acceso 9 de mayo de 2013]; 27 (5): 568-75. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1007/s11606-011-1933-0#page-1>

LA INTIMIDAD DEL PACIENTE: PARTE FUNDAMENTAL DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

M^a LAURA LÓPEZ GÓMEZ DE LA TORRE
Facultad de Enfermería. Universidad de Navarra.
Iñigo Arista, 18 2º A
marialaura@alumni.unav.es

Introducción

En la práctica de enfermería uno de los aspectos fundamentales del cuidado holístico del paciente es la intimidad. Es un aspecto que se sobrentiende, sin embargo, se debe dejar constancia de cómo se logra. El área quirúrgica es un ámbito distinto a otros servicios en donde el paciente es completamente vulnerable y dependiente, por el hecho de tener al paciente inconsciente, es donde se debe cuidar y tratar con mayor atención y diligencia los aspectos de su intimidad. Por ello se decidió realizar una búsqueda bibliográfica en donde se recogieran aquellas acciones de enfermería dirigidas al cuidado de la intimidad de los pacientes.

Objetivos

Velar por la intimidad del paciente teniendo presente su dignidad e integridad, y presentar intervenciones de enfermería basadas en la evidencia considerando los valores éticos de respeto y cuidado de la intimidad del paciente y la responsabilidad profesional de la enfermera.

Material y métodos

Búsqueda en las bases de datos en donde se utilizaron las palabras clave: nurse, intimacy, privacy, dignity y surgery, combinadas entre sí con AND y OR. Finalmente, con los artículos encontrados se utilizó la técnica de "snowball".

Resultados

Se han localizado un total de 281 artículos.

Discusión

El cuidado de la intimidad del paciente en la práctica de enfermería se desarrolla en situaciones diversas. Corroborando lo encontrado en la evidencia científica, se han analizado los aspectos de las diferentes dimensiones de la intimidad y se han dividido en física, social, psicológica y en relación con la información. Se ha descrito lo observado en la práctica en el área quirúrgica y se ha explicado cómo realizar el cuidado, con las intervenciones que se aplican tanto en este entorno como en la hospitalización del paciente.

Conclusiones

En todo contexto sanitario se debe proteger al paciente mientras esté a nuestro cuidado, de posibles tratos humillantes, degradantes, o de cualquier tipo de afrentas a su dignidad personal. El paciente deposita su total confianza en los profesionales que tenemos la responsabilidad de proporcionar la atención de calidad que espera.

Bibliografía

Organización Colegial de enfermería. Código Deontológico de la Enfermería Española. Resolución nº 32/89. 14 de julio de 1989, comprobado el 26 de abril de 2003. Akyüz E, Erdemir F. Surgical patients and nurses' opinions and expectations about privacy in care. *Nurs Ethics*. 2013;29. Baillie L, Gallagher A. Respecting dignity in care in diverse care settings: Strategies of UK nurses. *Int J Nurs Pract*. 2011;17:336-41.

LA BIÉTICA EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA

CRISTINA NAQUI XICOTA, MARIONA VICTORIA MOIX GÓMEZ

Universitat Internacional de Catalunya

cristinaqui@uic.es

mariona_moix@uic.es

Introducción

La ética es la reflexión crítica sobre los valores y principios que guían las decisiones y comportamiento del ser humano lidiados por el bien. Enfermería es una profesión que valora la persona como ser multidimensional y que requiere de la ética para su práctica virtuosa. Para ello requiere de conocimiento de los fundamentos bioéticos para que su práctica clínica esté basada en los principios de la ética humana, aunque se desconoce la valoración que hacen los estudiantes de enfermería sobre la necesidad de formación en bioética.

Objetivo

Conocer la actitud de los estudiantes de grado en enfermería ante la formación en bioética.

Material y métodos

Se realizó un estudio cualitativo descriptivo mediante entrevistas semiestructuradas de respuesta abierta. Tomando una muestra de conveniencia de 20 estudiantes de enfermería de la Universitat Internacional de Catalunya de los cuales, 10 son de primer curso y 10 de segundo, muestra con la que se alcanzó la saturación de los datos. Los criterios de inclusión estudiar primero o segundo de grado en enfermería de la UIC y estar de acuerdo en realizar la entrevista firmando el consentimiento informado de utilización de datos. Los criterios de exclusión han sido la edad (mayores de 25 años) y ser repetidor de cualquier asignatura.

Resultados

Tras el análisis de los datos emergieron tres categorías principales que describen se ha observado que un alto porcentaje de los entrevistados demuestran no conocer la definición de bioética, aunque reconocen, ser un instrumento útil y de aplicación diaria, por lo que consideran importante la formación en ésta disciplina para la práctica enfermera, cabe destacar que una minoría refiere no ser una asignatura tan importante. Todos los estudiantes manifestaron que era una formación necesaria para la práctica enfermera.

Discusión

Siendo la enfermería una profesión que se encuentra con múltiples dilemas éticos, se cree en la importancia de la formación en bioética integrada en el grado universitario.

Conclusiones

Las conclusiones que extraemos de este pequeño estudio son que los estudiantes no tienen suficientes conocimientos en bioética, especialmente los de primer curso. Así mismo, se relaciona el grado de importancia de ésta con haber cursado previamente la asignatura y la edad, así como las experiencias madurativas.

Bibliografía

Universidad de Granada. Introducción a la bioética. [pag web.] [Actualizada: martes 15 de febrero de 2005] Disponible en: <http://www.ugr.es/~eianez/Biotecnologia/bioetica.htm>

SENSIBILIDAD ÉTICA AL INGRESO EN LA UNIVERSIDAD: PRESENTACIÓN DE UNA HERRAMIENTA PARA SU VALORACIÓN EN TRES GRADOS BIOSANITARIOS

SORAYA DE LA FUENTE BATISTA, ANA-BEGOÑA PAREDES PÉREZ, MARTA-SOLEDAD RODRÍGUEZ ANZULES, JUNCAL CLAROS AMPUEROS, BELÉN TRISTÁN MARTÍN

Universidad Francisco de Vitoria

Carretera Pozuelo-Majadahonda, Km. 1,800

28223 Pozuelo de Alarcón (Madrid)

soramiga@hotmail.com

Introducción

Está descrito internacionalmente que la sensibilidad ética, entendida como la capacidad de identificar problemas éticos, empeora paulatinamente en estudiantes de medicina conforme pasan a cursos superiores. La medición de esta sensibilidad ética puede ser útil para conocer y monitorizar el impacto de distintas intervenciones docentes en la formación ética de los alumnos. Nuestro objetivo es describir la sensibilidad ética al comienzo de los estudios de Fisioterapia, Enfermería y Medicina de una misma Facultad, para su comparación y seguimiento futuro.

Material y métodos

Usamos la encuesta *Problems Identification Test* (PIT)¹ que mide la capacidad de identificar problemas éticos en cuatro escenarios clínicos. La puntuación máxima posible es de 29 puntos. La evaluación la efectuó un evaluador universal teniendo en cuenta el *gold standart* que define la herramienta.

Resultados

Participantes y puntuaciones promedio: Fisioterapia (n=39 alumnos; puntuación media 7,7); Enfermería (n=52 alumnos; puntuación media 10,6); Medicina (n=126; puntuación media 8,6). La puntuación promedio de enfermería es mayor que la de los restantes grados evaluados (ANOVA $p < 0,001$).

Discusión

Se presentan los resultados de la prueba piloto en España para medir la sensibilidad ética en estudiantes sanitarios. Se comprueba su validez de contenido y su aplicabilidad.

Conclusión

Los resultados obtenidos son el punto de partida para monitorizar la sensibilidad ética a lo largo de la formación de grado, y para medir el impacto de las intervenciones docentes que se planifiquen. Se propone asimismo la posible validación de la herramienta con nuevos estudios.

¹ Hebert P, Meslin E, Dunn E V, Byrne N, Reid R. Evaluating ethical sensitivity in medical students: using vignettes as an instrument. *Journal of medical ethics* 1990; 16: 141-145.

IMPLICACIONES ETICAS DE LAS TERAPIAS ASISTIDAS CON ANIMALES

M^a TERESA LLÒRIA I LLÀCER
Universitat Internacional de Catalunya.
Facultad Ciencias de la Salud. Grado en Fisioterapia.
 teresalloria@uic.es

Los animales de experimentación constituyen factores claves en el desarrollo científico en general y biomédico en particular. Para lograr un rendimiento idóneo y garantizar resultados consistentes, se debe tener en cuenta los requerimientos de manejo, alimentación, factores ambientales y de confort de las especies utilizadas a partir del conocimiento y aplicación de los principios bioéticos. La bioética es un asunto estrictamente humano, pero su dominio no excluye a los animales, que no disponen del sentido de la justicia. Nuestro comportamiento con ellos no es por tanto moralmente irrelevante en la medida en que se vean afectados por nuestras acciones. Los términos vínculo hombre-animal y Terapia Asistida con Animales (TAA) son relativamente nuevos en la literatura científica, pero los conceptos que abarcan son presentes desde hace siglos. Las TAA están diseñadas para promover mejoras en desde el punto de vista físico, social, educacional, emocional y cognitivo de la persona. En ellas el animal forma parte integral del programa para promover unos objetivos médicos o educativos. Está dirigida, desarrollada y evaluada por un profesional de la salud o de la educación. Hay que precisar que los animales, por sí mismos, no constituyen una terapia sino que actúan como facilitadores, vehículos de mediación entre el terapeuta y el usuario. Por ejemplo, en la terapia con caballos, el movimiento del caballo se incluye en el proceso de rehabilitación de niños con discapacidad física, y conseguir una mejoría en el control postural, el equilibrio y la coordinación. Las consideraciones éticas acerca de la utilización de los animales como ayuda terapéutica tienen su origen en una contraposición de intereses.

Las personas han utilizado a los animales a lo largo de la historia para satisfacer una serie de intereses humanos. No obstante, los animales también tienen sus intereses y sus propias necesidades, deseos y objetivos, que intentan satisfacer a través de los comportamientos típicos de la especie. Las relaciones entre las personas y los animales solo resultan problemáticas desde un punto ético cuando existe un conflicto entre los intereses de ambas partes. Esto sucede cuando la utilización por parte de los humanos causa dolor, temor o daño a un animal, o se le priva de un entorno "socializador" con compañeros de su misma especie. Los síntomas frecuentes que muestra un animal ante una privación, incluyen actividades de desplazamiento con una frecuencia anormalmente alta, estereotipias o automutilaciones. Cuando los animales son "tenidos" con el único propósito de satisfacer a su propietario, el valor del animal es determinado por las necesidades del propietario. Esta actitud niega el valor intrínseco del animal como ser vivo. Por lo tanto, aceptando que los animales son excelentes cofacilitadores en numerosas terapias, el tipo de animal, el contexto terapéutico en el que se espera que participe y el intento de su integración, son cuestiones a tener en cuenta cuando se habla de Terapia Asistida con Animales. Tenemos entonces que, para que una experimentación con animales sea considerada legal y éticamente admisible su propósito debe estar vinculado a la obtención de un bien mayor, como es la salud humana o animal. Deberíamos plantear si pueden ser extrapolables estas mismas consideraciones con los animales cofacilitadores en las terapias teniendo en cuenta el fin con el que se solicita su colaboración, el bien de las personas.

BIOÉTICA ISLÁMICA

FARES IBRAHIM SAMI AMR

Facultad de Farmacia. Universidad de Navarra

fibrahim@alumni.unav.es

Introducción

En el Islam se pueden encontrar hasta 74 divisiones, pero la que reviste un mayor interés es el Sunnismo ya que integra al 90% de los musulmanes. El objetivo de esta comunicación es tratar los temas de la investigación médica y la experimentación con seres vivos desde la jurisprudencia sunní, utilizando las principales fuentes de legislación islámica: El Corán, la Sunna, el consenso, la analogía, el razonamiento y el interés público, entre otros.

Material y métodos

Se ha realizado una recopilación de versos Coránicos y dichos del Profeta Muhammad acerca de la concepción islámica de la vida y la ciencia dentro de esta religión, además de diversos artículos sobre bioética religiosa.

Resultados

La vida es concebida en el Islam como un regalo de Allah y por tanto es sagrada y se debe preservar. La caridad, la solidaridad, la misericordia y el buen trato son aspectos sobre los que se enfatiza mucho en el trato hacia los demás. Por otro lado, la ciencia juega un papel muy importante, ya que conociendo la creación se conoce al Creador, y se puede establecer una relación más profunda con Él.

Discusión

La forma de hacer ciencia debe ser coherente con los mandamientos de Allah y no transgredir, de ninguna manera, la dignidad humana. Por eso se debe hacer un minucioso estudio de las escrituras para establecer un buen método científico que permita los avances sin desviarse del camino de Allah.

Conclusiones

La bioética islámica construye una investigación médica basada en la moral, la ley natural y el sentido común, donde la experimentación con seres vivos debe realizarse bajo estrictas normas y condiciones, que admiten cierta flexibilidad según la corriente, con la sincera intención de lograr avances para servir a la humanidad.

Bibliografía

- El Corán, impreso en Al-Dar Al-Shamiya Lilma'arif, Damasco, CP: 2879, Siria
- Sahih Al-Bukhari, impreso en Al-Maktabah Al-Asriya, Beirut, CP: 11-8355, Líbano

LA PRESENCIA INTENCIONAL EN ENFERMERÍA: UNA PERSPECTIVA DESDE LA BIOÉTICA

JESÚS TOMÁS MONGE MORENO

Residencia para enfermos de Alzheimer y otras demencias Can Blai

Rotonda San Carlos-Es Canar S/N. 07840,
Santa Eulalia del Río, Ibiza, Islas Baleares.
mongemorenojesus@gmail.com

Resumen

Para que se produzca un encuentro real, pleno y satisfactorio entre dos personas, lo más importante que ha de producirse es una concienciación de lo hay ante sus ojos, esto es, OTRA PERSONA, con todas sus circunstancias y experiencias vivenciales que lo van configurando (alegrías, satisfacciones, tristezas, angustias, enfermedades, etc.).

Sin embargo, uno de los grandes problemas del ser humano radica en vislumbrar la realidad desde su propio prisma, sin salir de sí hacia el otro. Esto conduce a un ensimismamiento, entendiendo el mundo y a los demás seres humanos desde una perspectiva cénica e individual de la realidad, haciendo de ella algo simple y subjetivo, y dando lugar en muchas ocasiones a la variación de un discurso donde el valor de una acción y/o una persona lo determina el mismo sujeto que realiza dicho juicio. Inevitablemente, esta manera de entender la realidad conduce a relativizar los hechos y a las personas en base a la propia conciencia y a la propia moral. Y si éstas no están bien formadas y no se pone de relieve lo más importante, que es la persona en sí, el problema será mayor.

En las profesiones sanitarias, y sobre todo en el terreno de la enfermería, esta cuestión es de mayor trascendencia ya que el encuentro que se produce entre un/a enfermero/a y una persona enferma es mucho más

complejo e intrincado pues en ese encuentro no sólo están presentes dos personas desconocidas y diferentes sino que, además, está toda la problemática de la enfermedad, del sufrimiento, etc.

Por ello, la primera parte de la comunicación se ocupa de **la persona, el sufrimiento, las relaciones y el ámbito sanitario**. Es trascendental preguntarse acerca del ser humano, de cómo se ve afectado cuando aparece una enfermedad o alguna dolencia y de cómo se refleja todo ello en las relaciones humanas, ya sea consigo mismo, con su familia o con el personal sanitario.

La segunda parte se centra específicamente en el concepto **"presencia intencional"** y de su importancia para la reflexión bioética. Dicho concepto se puede definir como la oportunidad que tiene el/la enfermero/a para presenciar la expresión verbal y no verbal de la persona enferma y también para desgranar las respuestas que allí se pueden vislumbrar, haciendo que sea él el/la protagonista de ese encuentro y poder conseguir que encuentre confort y verdad. Y es que "la auténtica presencia entre el paciente y la enfermera es una transformación para ambos" (Chase, 2001, p.323).

Palabras clave

Persona, relación, sufrimiento, enfermería, presencia intencional.

EL TRATAMIENTO AMBULATORIO INVOLUNTARIO EN ESPAÑA: BÚSQUEDA DE UN CONSENSO

ASUNCIÓN ABRIL GARCÍA*

MARTA ALBERT MÁRQUEZ**

M^a TERESA GARCÍA-BAQUERO MERINO***

INMACULADA MUÑOZ MOSQUERA*

(*) *Servicio de Psiquiatría. Hospital Gómez Ulla. Madrid*

(**) *Universidad Rey Juan Carlos. Madrid*

(***) *Coordinación Regional de Cuidados Paliativos*

Madrid/ Earl Mountbatten Hospice, Isle of Wight, UK.

ma.abrilg@gmail.com

Introducción

El tratamiento ambulatorio involuntario (TAI) es una forma de tratamiento no voluntario aplicado en la comunidad (1), en el ámbito de los trastornos mentales graves. El TAI es también conocido con distintos nombres en otros países. Así, nos podemos encontrar con las siglas en inglés: AOT (Assisted Outpatient Treatment), CAT (Compulsory Ambulatory Treatment), CCT (Compulsory Community Treatment), CTO (Community treatment Order), IOC Involuntary Outpatient Commitment, IOT (Involuntary Outpatient Treatment). Esta entidad viene siendo debatida en el mundo anglosajón desde la década de los 70 del siglo pasado considerándola que se debe referir a enfermos mentales graves, con escasa adherencia al tratamiento, con criterios de "puerta giratoria" siendo un método terapéutico ofertado en un entorno menos restrictivo que el tratamiento hospitalario. En los países desarrollados se han producido cambios legislativos que regulan la aplicación del TAI.

En España el TAI no está expresamente regulado en nuestro ordenamiento jurídico aunque desde 2004 se ha abierto un gran debate tanto en el terreno sanitario como en el legislativo.

Material y método

Se analiza la bibliografía existente tanto en el campo jurídico como en el sanitario, así como la situación

en cada una de las comunidades autónomas del Estado Español, analizando las diferentes propuestas legislativas o declaraciones de intenciones de órganos colegiados o de asociaciones.

Resultados

Se muestran las diferentes posiciones y la situación en España de las diversas normativas autonómicas frente a la situación del actual artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, que no fue modificado por el Congreso de los Diputados ni en octubre de 2004 ni en octubre de 2006.

Discusión

La propuesta de una legislación específica para la enfermedad mental genera un gran debate y no se debe perder de vista dos principios básicos a la hora de comprender la jurisprudencia en el TAI, el principio de legalidad y el de prohibición del exceso. Abordar problemas asistenciales con herramientas jurídicas procesales implica posiblemente obviar un fracaso de gestión en materia de salud mental, generalmente "la hermana pobre" del Sistema Sanitario. Implementar recursos asistenciales comunitarios, a pesar del gasto que ello supone, puede hacer menos necesario la utilización de recursos como el TAI. La marginación del enfermo mental, su estigmatización por un lado y la necesidad

de mejorar la calidad de vida al controlar las recaídas con medidas menos coercitivas en este tipo de pacientes centran el debate. Las experiencias puntuales en San Sebastián, Valencia, Barcelona o Alicante expresan la gran polémica que existe en España, y la falta de protocolos consensuados.

Conclusiones

Es necesario generar elementos de consenso y propuestas de protocolos de actuación frente a la aplicación de herramientas como los TAI.

Bibliografía

- (1) Carlos Cañete-Nicolás, et al. Situación en España del tratamiento ambulatorio involuntario (TAI) para enfermos mentales graves. *Actas Esp Psiquiatr* 2012;40(1):27-33
- (2) Guillermo Portero. Tratamiento ambulatorio involuntario de carácter civil. Una revisión. *Cuad. MedForense* 2010;16(1-2)87-89
- (3) Luis Fernando Barrios Flores. El tratamiento ambulatorio involuntario: Perspectiva Jurídica. *Newsletter Psiquiatría Legal*.

CONOCIMIENTOS, PERCEPCIONES Y VIVENCIAS DE LOS DERECHOS DEL PACIENTE A TRAVÉS DE LA VISIÓN DE LAS PERSONAS ENFERMAS

ANNA FERRÉ BORONAT*
 LOLI HERRERO LAHUERTA**
 M. JUANA HERRERO CALDERON***
 MARGARITA GONZALVO-CIRAC****
 MIRYAM MORALES BENIT*****

(*) (**) (***) *Hospital Juan XXIII de Tarragona.*

(****) *Investigadora Universitat Roira i Virgili (Tarragona)*

(*****) *M.U. Universitat Pompeu Fabra (Barcelona)*

aferre77@gmail.com

Introducción

Los diplomados en enfermería hemos recibido conocimientos basados en los derechos y la dignidad del paciente, nos han proporcionado documentación y educación sobre como tenemos que tratar al enfermo, así como potenciar su derecho de autonomía, protección de su intimidad y favorecer sus derechos. En nuestra sociedad actual, el papel del ciudadano como paciente/usuario de los servicios sanitarios evoluciona notablemente, sus expectativas están satisfechas con una buena atención en términos de calidad técnica pero reflejan un aumento de la exigencia en participar en la toma de decisiones sobre su salud. La sociedad pide un trato correcto, ser respetados como personas, dar información detallada y comprensible y prestar atención según las condiciones de comodidad acorde con su nivel de vida. Esta investigación pretende analizar las percepciones, actitudes y sentimientos de las personas en relación a sus derechos y a la vez conocer si los enfermos reciben información suficiente y forman parte —como protagonistas— en el proceso de su tratamiento y enfermedad.

Material y Métodos

Estudio exploratorio-descriptivo con carácter cualitativo con la descripción y comprensión de la realidad. Se ha investigado a través de entrevistas en profundidad

semiestructuradas a cuatro testimonios. Éstos tienen en común ser personas enfermas y con hospitalización de larga duración.

Resultados

Los testimonios consideran sentirse bien informados, reconocen que es muy necesario estar informados. Se detecta una información poco clara e incompleta. Los familiares tienen mayor información que los entrevistados, proporcionar la información por separado a pacientes y acompañantes genera dudas y hace que se compare la información y que se complemente con el equipo de enfermería. En general los pacientes creen que se les proporcionó un trato respetuoso y con protección de su intimidad. Enfermería no informa de la medicación que administra pero si responde a las demandas de los enfermos. La mayoría de los entrevistados no conocen los nombres de los profesionales que los atendieron y en general creen que se les respetó sus valores y creencias.

Discusiones

Es necesario conocer por qué no se administra la información a la vez a enfermos y a sus acompañantes para evitar confusiones, y es importante saber, mediante una relación terapéutica, si el paciente quiere estar informado y hasta donde y a partir de aquí instaurar un

proceso para proporcionar la información a la medida y al ritmo que la persona necesite. Es importante conocer el por qué los profesionales sanitarios no respetan en su totalidad los derechos de los pacientes, ya sea por falta de conocimiento de ellos o por falta de formación ética.

Conclusiones

Los profesionales sanitarios no pueden actuar tratando a la persona como si fuera incapaz de tomar decisiones en aspectos importantes relacionados con su salud o con su vida, Por el contrario, es preciso considerar que la incapacidad de la persona enferma hospitalizada es temporal y parcial y que la finalidad de... es la de incrementar o afianzar sus capacidades. Para conseguirlo deben hacer participar a las personas en todo eso que

les afecta, dejar que se expresen, escucharlos y respetar las propias decisiones cuando tengan la información que piden y necesitan.

Bibliografía

Llei 41/2000, de 29 de diciembre, sobre los derechos de la información concierne a la salud y autonomía del paciente y la documentación clínica. Pág web. (consultada 5 de juliol de 2011) www.pcb.ub.edu/bioeticaidret/archivos/norm/Ley_21-2000.pdf. Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Pág web. (consultada 03 juliol 2011) <http://www.boe.es/boe/dias/2002-11-15/pdfs/A40126-40132.pdf>. Y Guía atención paciente.

LA INTERPRETACIÓN EXTENSIVA DEL 'ORDEN PÚBLICO' COMO LÍMITE AL DERECHO A LA OBJECIÓN DE CONCIENCIA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

JOSÉ ANTONIO DÍEZ FERNÁNDEZ

Universidad Internacional de La Rioja (UNIR)

joseadiez@gmail.com

Introducción

La Constitución menciona en dos ocasiones el "orden público": como límite al ejercicio del derecho a la libertad ideológica y religiosa (artículo 16,1); como causa para prohibir la libertad de reunión (artículo 21.2). En el primero, adopta un concepto "formal" de orden público, entendido como respeto a los derechos y libertades fundamentales. En el segundo se fundamenta en una concepción "material": asegurar las condiciones para que en el ejercicio del derecho de reunión no se incurra en alteración de la paz ciudadana con peligro para personas y bienes. Nos centraremos en la primera perspectiva, aplicada a las limitaciones al ejercicio del derecho a la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios en el caso de aborto, y en concreto, las contenidas en las sentencias del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, de 6-7-2012, y la del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, de 18-2-2013, que hace suyas las consideraciones de la anterior sobre la objeción de conciencia de médicos de familia respecto a la tramitación del aborto. Ambas proponen una interpretación restrictiva de la oc, en consonancia con parte de la doctrina jurisprudencial (SSTC 15/1982; 160 y 161/1987 sobre oc al servicio militar; SSTs 905, 948, 949 y 1013/08 de 11-2-2009, sobre objeción de conciencia a Educación para la Ciudadanía, y sugieren una interpretación del concepto de "orden público" que limita los derechos reconocidos en el artículo 16 de nuestra Constitución.

Material y métodos

Análisis comparativo de la jurisprudencia del Tribunal Supremo y del Constitucional español relativa a la

objeción de conciencia, de la Corte Europea de Derechos Humanos y los Convenios del Consejo de Europa y del Pacto de Derechos Civiles y políticos (1966).

Resultado y discusión

Las dos sentencias mencionadas, junto con la del Tribunal Superior Castilla-La Mancha de 29-9-2010 (que llega a conclusiones divergentes), son las primeras que abordan la objeción de conciencia de los médicos al aborto, bajo la vigencia de ley 2/2010 de salud sexual y reproductiva e interrupción voluntaria del embarazo.

Analizar relación de esas resoluciones con la STC 53/1985, de 11 de abril.

Examinar el argumentario de ambas sentencias y su concepto de orden público, a la luz de la reciente jurisprudencia del TEDH y los Convenios internacionales del Consejo de Europa y de Naciones Unidas; en concreto, sobre la conexión entre objeción de conciencia y libertad de conciencia (artículo 9 Convenio Derechos Humanos); valor de la oc como condición intrínseca al concepto de pluralismo; neutralidad del Estado y límites a la regulación del derecho a la libertad de conciencia; compatibilidad de la declaración pública de objetor con el mandato del artículo 16 de la Constitución.

Conclusiones

La doctrina de esas dos sentencias contrasta con de la STC 53/1985 (FJ 14), tanto en el rango otorgado al derecho a la oc al aborto, como en la naturaleza de las

razones por las que se invoca la objeción médica, que es “prima facie” la protección del “nasciturus” como bien jurídico, y secundariamente, motivos religiosos o morales.

Apuntan una cierta inversión del papel del Estado en la defensa del orden público, al poner el acento más en las restricciones al derecho a la libertad de conciencia que en velar por las condiciones que lo garanticen —Al despojar a la oc del carácter de derecho fundamental, sugiere una deriva del sentido del orden público destinada más al mantenimiento del “statu quo”, que puede menoscabar el derecho a la libertad de conciencia hasta convertirlo en “teórico e ilusorio”—. Se sitúan al margen de la reciente jurisprudencia europea que apunta hacia una nueva hermenéutica en la interpretación de la oc, al afirmar su carácter de derecho humano con una conexión ineludible con la libertad de conciencia y reli-

giosa del artículo 9 del Convenio de Derechos Humanos y el 18 del Pacto de Derechos Civiles y Políticos.

Bibliografía

Jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos. HUDOC. Cour Européene de Droits Humaines: <http://www.echr.coe.int/echr/en/hudoc>

Oliveras Jané, N. “La evolución de la libertad religiosa en la jurisprudencia del tribunal constitucional”. *Revista Catalana de Derecho Público*. 33, 2006: 2-24.

Díez Fernández, Ja. “El caso ‘Balytyn’, punto de inflexión en la doctrina del Tribunal de Estrasburgo sobre libertad de conciencia. En “Religión y Derecho internacional”. Coords. M.Rodríguez Blanco y J.González Ayesta. 2013 (en prensa).

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DEL PROCESO DE INDIVIDUALIZACIÓN SOCIAL EUROPEA.

IGNACIO MACPHERSON

Universitat Internacional de Catalunya (Barcelona)

imacpherson@uic.es

Introducción

La evolución de los modelos sociales en los últimos 50 años en occidente ha propiciado la aparición de un fenómeno perfectamente documentado: la transformación de la familia tradicional —fundamentado en la relación estable entre hombre-mujer con los posibles hijos— hasta llegar a la instauración del modelo del soltero, sexualmente activo, pero sin relación estable con nadie. Se podría pronosticar un auge del individualismo social, inicialmente manifestado en la configuración de los hogares. A través de la exposición gráfica de los datos ofrecidos por Eurostat podemos verificar el desarrollo de este fenómeno en Europa occidental y también intuir su proyección futura, aspecto que puede interesar a las nuevas generaciones.

Metodología

Se han seleccionado y representados las series temporales de los parámetros habituales en estudios de sociología familiar: nº de matrimonios, divorcios por cada 100 matrimonios, % de niños nacidos fuera del matrimonio, % solteros, etc. Se han seleccionado los países de Europa occidental donde han repercutido especialmente los factores claves del cambio. Esto ha hecho que se excluyan los países del Este, cuyo modelo político y social ha sufrido cambios extremos.

Resultados

Las series de datos proporcionados por Eurostat se refieren a diversos periodos (1960-2010, 1990-2010,

2004-2010), que reflejan el cambio de modelo social a lo largo de los años 70, como revelan los gráficos matrimonio, divorcios o nacimientos fuera del matrimonio. Otros parámetros sólo están disponibles a partir de 1990 y otros desde 2004.

Discusión y Conclusiones

Se puede observar la tendencia generalizada en Europa Occidental hacia un modelo "individualista" y no relacionada (al menos directamente) con el envejecimiento de la población, ni con una mayor proporción de jóvenes emancipados, como se comprueba en el crecimiento de los "singles" entre 30-60 años. Las causas del cambio sociológico también son conocidas: desaparición de la hegemonía económica masculina, aparición y desarrollo de la mentalidad anticonceptiva, y una nueva concepción de la autonomía personal, elementos verse reflejados en las planteamientos ideológicos de Ayn Rand, de tendencia liberal minarquista, pero que en Europa se despliega gracias al modelo socialdemócrata.

Bibliografía

- Trends in households in the European Union: 1995-2025. *Statistics in focus*. 2003.
- Household structure in the EU. *Methodologies and Workingpapers*. 2010

COMUNICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRENATAL DE SÍNDROME DE DOWN: PERSPECTIVA DE LAS MADRES

TERESA VARGAS ALDECOA*

ROSA MARÍA CONTY SERRANO**

(*) *Centro Universitario Villanueva (UCM)*

(**) *UCLM*

tvargas@villanueva.edu

Rosamaria.Conty@uclm.es

Introducción

La disminución estadísticamente significativa de la frecuencia de nacimientos de niños con síndrome de Down “se considera que son atribuibles, en su mayoría, al impacto de la interrupción de una cierta proporción de gestaciones en las que se diagnostica” el síndrome de Down⁽¹⁾. Destacamos el papel fundamental que desempeñan los profesionales sanitarios en la decisión de las madres de seguir o no con el embarazo.

Material y métodos

Se trata de un estudio descriptivo sobre la manera de comunicar el diagnóstico de síndrome de Down desde la perspectiva de las madres. Aplicamos una encuesta online a un grupo de madres con hijos con síndrome de Down menores de 10 años, pertenecientes a las distintas fundaciones registradas en Down España y en Down Madrid.

Resultados

A casi la mitad de las madres de la muestra se les ha realizado las pruebas de riesgo y un porcentaje menor de madres ha tenido una prueba de confirmación. En algunos casos no se explicó claramente el motivo de las “pruebas de riesgo” ni los “riesgos de las pruebas de confirmación”. Algunas madres se han sentido animadas y/o presionadas por su médico a realizarse pruebas de diagnóstico prenatal y a terminar el embarazo.

Discusión

No disponemos de datos de las madres que después de un DP decidieron poner fin a su embarazo. Probablemente la presión a la que estuvieron sometidas estas madres fue mayor que el experimentado por las madres de este estudio.

Conclusiones

El papel de los profesionales sanitarios es una pieza clave a la hora de decidir si se realizan pruebas de diagnóstico prenatal y si se sigue adelante con el embarazo. Y las madres, en general, no están satisfechas con la manera en que los médicos transmiten la información. Los profesionales sanitarios tienen que recibir formación sobre habilidades de comunicación⁽²⁾.

Referencias

- (1) Bermejo, E. Cueva, L. & Martínez Frías, M. L. *Informe de vigilancia epidemiológica de anomalías congénitas en España*. Boletín del ECEM, 2010.
- (2) Skotko, B. G. Kishnani, P. S. & Capone, G. T. (2009). Prenatal Diagnosis of Down Syndrome: How Best to deliver the news. *Am J Med Genet Part A*: 149: 2361-2367.

CONSENTIMIENTO INFORMADO EN PROCEDIMIENTOS PROGRAMADOS EN CUIDADOS INTENSIVOS

JUAN MARTÍNEZ HERNÁNDEZ*,**
FLORI VERA ESCOLAR*
MARIA DEL CARMEN BALLESTER ZAPATA**
MARÍA DEL CARMEN VÁZQUEZ GUERRERO**
ÁNGELA DÍAZ PASTOR*
GERMÁN ESCUDERO GARCÍA*

(*) *Servicio Medicina Intensiva, Hospital General Universitario Santa Lucía.*

(**) *Universidad Católica San Antonio de Murcia (UCAM), Grupo de Trabajo de Bioética Siglo XXI*

C/ Santa Cecilia nº 14,
Guadalupe, 30107, Murcia.
jumalupe@hotmail.com

Introducción

El consentimiento informado (CI) es el procedimiento mediante el cual, el paciente manifiesta su voluntad sobre una acción de salud sobre su persona tras una información adecuada. Pretendemos analizar y describir el CI en pacientes que ingresan de forma programada en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) para un procedimiento determinado.

Material y métodos

Estudio descriptivo retrospectivo sobre el documento de CI de pacientes ingresados en una UCI sobre variables epidemiológicas, clínicas y del CI, utilizando los informes clínicos y de CI. Periodo de estudio: 01/01/2012 a 31/12/2012. Criterios de inclusión: ingreso en UCI de forma programada para procedimiento que requiere CI y de exclusión: ingreso urgente o no realización de procedimiento con CI. Selección aleatoria de un CI de cada tres del total de documentos. Análisis, porcentajes y media de los resultados obtenidos.

Resultados

Distribución por sexo: 60 varones, 40 mujeres. Edad: 31 a 40 años, 6; 41 a 50 años, 6; 51 a 60 años, 5; 61 a 70

años, 24; 71 a 80 años, 27; 81 a 90 años, 32. Patologías: 32 pacientes, hipertensión arterial; 26, diabetes mellitus; dislipemia en 21; enfermedad pulmonar obstructiva crónica 4; cardiopatía isquémica 11; artrosis 5; hiperuricemia 5; ulcus péptico 5; insuficiencia renal 5; neoplasia 10; anemia 5; arritmia 16; demencia 5; hábito tabáquico 10. Estancia en UCI: <24 horas 31; 1-2 días, 46; 3-4 días, 7; 5-6 días, 16. Procedimientos: implantación de marcapasos definitivo 70; pericardiocentesis 2; desensibilizaciones, 6; implantación de desfibrilador automático, 2; implantación de reservorio venoso subcutáneo,

20. CI: cumplimentación completa 68, incompleta 32; faltan datos de paciente en 4; riesgos personalizados en 10 sobre 20; ausencia de firma de paciente en 12; firma el paciente en 51 casos, el representante en 36 y de ellos, los hijos en 17, conyuge en 10, sobrinos en 5; ausencia de nombre o firma del facultativo en 16 y de fecha en 12.

Discusión

Edad predominante de 60 a 90 años, prevalencia de patología de riesgo cardiovascular y cardiopatía isquémica. Estancia en UCI inferior a dos días en el 76%. Procedimientos más frecuentes: implantación de mar-

capasos definitivo y de reservorio venoso subcutáneo. El CI muestra deficiencia en el 32% de los casos, más frecuentes la identificación o firma del médico y la ausencia de fecha; el paciente sólo firma en el 51% y el representante que suele firmar son los hijos.

Conclusiones

Los pacientes ingresados de forma programada para un procedimiento tienen importante comorbilidad de predominio cardiovascular. El procedimiento más fre-

cuente es implantación de marcapasos definitivo, precisando estancia corta. El porcentaje de deficiencias en el documento de CI es alto y llamativo los referentes al facultativo. La autonomía del paciente mediante la firma del documento sólo se da en la mitad de los pacientes.

Bibliografía

Simón, P., El consentimiento informado, Triacastela, Madrid, 2000. Gómez Rubí, J. A., Ética Médica en Medicina Crítica, Ed.Triacastela, 1ª ed. Madrid, 2002.

EL LENGUAJE ACADÉMICO EN BIOÉTICA (1198)

EDUARDO CASANOVA RISPOLI

Instituto de Estudios de Bioética y Salud (IEBS),

casanovaris@hotmail.com

Introducción

Es imprescindible un lenguaje bioético universal; pero sólo se podría acceder a él desde un discurso académico, no ideológico. La Universidad según Tuillier¹ perdió criterios académicos helénicos, propiciando una fragmentación del conocimiento en "intereses", que hoy entorpecen el lenguaje bioético universal.

Material y métodos

En una revisión histórica García Morente² señala la aparición de intelectuales del siglo XVII que promueven la vuelta de Europa a la Academia. Pero las limitaciones del conocimiento de la realidad objetiva, lleva a buscar referencias cognitivas subjetivas, propiciándose así el relativismo, luego el idealismo y el materialismo absolutos, en los que asentaron las ideologías.

Resultados

La aplicación tecnológica en el siglo XX hizo crítica la fragmentación del conocimiento en "intereses", que deshumanizaron aún más la aplicación del conocimiento. A consecuencia de ello surgió la bioética, como propuesta académica de integración multidisciplinaria, para

que las disciplinas humanísticas humanizaran la aplicación tecnológica³. Pero la dificultad estaba en definir disciplinas como "humanísticas", sólo por su denominación, no por su contenido.

Discusión

Se discute el criterio asistencial como fundamento bioético de integración multidisciplinaria para humanizar la aplicación del conocimiento. Para ello resulta imprescindible concebir al ser humano como valor de referencia, como imagen y semejanza de Dios. Pero ello implica una educación en los deberes de asistir como único camino para que se efectivicen los derechos de ser asistido.

Conclusiones

Debería profundizarse la actividad de los Comités Hospitalarios de Bioética Asistencial, procurando integrarlos a la Universidad, para *unificar criterios académicos-tecnológicos-asistenciales*. Así, la Universidad no se limitaría a la educación e investigación, sino a una extensión universitaria hacia la sociedad, con un hospital universitario sustentado por una universidad hospitalaria.

1 TUILIER, A., *Histoire de l'Université de Paris et de La Sorbonne. Des origines à Richelieu*. Nouvelle Librairie de France. G.V Lavas Editeurs. Tomo I. París 1994.

2 GARCÍA MORENTE, M., "El ideal universitario y otros ensayos", Conferencia pronunciada en 1938 en Argentina, Universidad del Litoral, EUNSA, Pamplona 2012

3 POTTER, V.R., *Bioethics: Bridge to the future*, Prentice-Hall, INC. New Jersey 1971.

NÚMEROS ARGUMENTO EN BIOÉTICA: TARRAGONA, A PARTIR DE 1960

MARGARITA GONZALVO-CIRAC*

DOLORES HERRERO LAHUERTA**

ANNA FERRE BORONAT***

MIRYAM MORALES BENITO****

(*) *Investigadora en el proyecto financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad español (2012-2016) con número de referencia CSO2012-31206: Relaciones dinámicas entre mortalidad y fecundidad en las primeras fases de la Transición Demográfica. Universitat Rovira i Virgili (Tarragona)*

(**) y (***) *Enfermeras en el Hospital Juan XXIII (Tarragona)*

(****) *Universitat Pompeu Fabra (Barcelona)*

mgonzalvocirac@gmail.com

Introducción

La información numérica y los datos son necesarios a la hora de justificar los argumentos y los conceptos en bioética. La investigación de caso describe y analiza la evolución de la esperanza de vida, las desigualdades por enfermedades y los factores determinantes, medioambientales.

Material y Métodos

Se utilizan datos y estadísticas del *Instituto Nacional de Estadística (INE)* y de *Institut d'Estadística de Catalunya (IDESCAT)*; se realizan tablas de mortalidad y se usa la metodología de la estandarización indirecta. Mediante la Clasificación Internacional de Enfermedades se elabora una agrupación de grandes causas de muerte.

Resultados

La tendencia de la esperanza de vida es positiva, mayor en las mujeres que en los hombres. La búsqueda de factores determinantes que pueden explicar esta desigualdad por género nos descubren otra "epidemia". Tarragona presenta una gran incidencia de muertes provocadas por enfermedades respiratorias y cáncer a partir de 1960 y sus causas se centran en factores medioambientales.

Discusiones

Los cambios demográficos actuales y los nuevos avances en las investigaciones avalan los conceptos en bioética cultural y normativa. Ambas secciones tendrían también que buscar más la información numérica para justificar sus argumentaciones.

Conclusiones

Nuevas políticas de salud pública, las transformaciones de la estructura de la población, su impacto sobre la desigualdad de salud, los distintos avances en factores determinantes mejorarían si se encontrara más referenciada cuantitativamente a la investigación en bioética.

Bibliografía

Vallin, J. y Mesle, F. *De la transitionepidemiologique a la Transitionsanitarie: l'improbableconvergence generale. En Chaire Quetelet. Bélgica: Universidad C. de Louvaine; 2010.*

Gonzalvo-Cirac, M. *Las mujeres vivimos más. Concepto de salud y mortalidad diferenciada, ISBN: 978-3-8465-7223-8. Alemania: EAE; 2012. -Roqué-Sánchez, MV. Equívocos en torno a los conceptos de vida y calidad de vida. Cuad. Bioét. XIX, 2008/2ª.*

RELACIÓN ENTRE EL CONOCIMIENTO DE LOS GENES Y LAS ACTITUDES ANTE LAS PRUEBAS GENÉTICAS. ESTUDIO PRELIMINAR

M^a DOLORES PÉREZ CÁRCELES*, AURELIO LUNA RUIZ-CABELLO*
SILVIA OLMOS ALARCÓN*, LUIS MIGUEL PASTOR GARCÍA**

(*) *Área de Medicina Legal. Universidad de Murcia. España*

(**) *Departamento Biología celular e Histología. Universidad de Murcia. España*
bioetica@um.es

Introducción

Las posibilidades de análisis del ADN para el diagnóstico de distintas enfermedades están aumentando rápidamente en los países desarrollados. De manera paralela a estos avances científicos deberían conocerse las actitudes de la población general ante los test genéticos. A menudo se asume que las preocupaciones e ideas que sustentan el temor al desarrollo de nuevas tecnologías se deben a un bajo nivel de conocimiento. El objetivo de nuestro estudio es conocer si existe una asociación entre el conocimiento acerca de los genes y la herencia y las actitudes hacia las pruebas genéticas.

Material y métodos

Estudio descriptivo transversal y prospectivo. La muestra del estudio está formada por 137 sujetos seleccionados aleatoriamente entre sujetos que acudían a un centro de atención primaria de Salud. La encuesta recogía 16 ítems para evaluar el conocimiento sobre genes y herencia. Éste fue clasificado en tres niveles: bajo, medio y alto. Además, 8 afirmaciones (cuyas respuestas estaban categorizadas en de acuerdo, desacuerdo, y no lo sé), recogían la aceptación de los test genéticos y las actitudes hacia las consecuencias positivas y negativas de las pruebas.

Resultados

La mayoría de los encuestados aceptan la realización de los tests genéticos (86,9%), solamente el 5,1% piensa que no deberían realizarse. Mayoritariamente están de acuerdo en que los resultados deberían ser privados (76,6%) y su realización totalmente voluntaria (91,2%).

El 74,5% y 83,2% están de acuerdo con que las pruebas genéticas tienen consecuencias positivas, como permitir que los ciudadanos puedan realizar un mejor control de su vida y mejorar su calidad, pero al 44,5% les preocupa que se usen con fines eugenésicos y al 38,7% que lleguen a ser obligatorias. En general, las personas con un nivel de conocimiento menor tienen más dificultades para estar de acuerdo o no con cada una de las afirmaciones. Los sujetos con un menor conocimiento sobre los genes piensan en mayor porcentaje que las pruebas genéticas no deberían realizarse ($P=0,03$).

Conclusiones

Deberían habilitarse herramientas para que los ciudadanos puedan aumentar su conocimiento sobre las posibilidades de la genética y tomar medidas para que sean capaces de entender y analizar los posibles problemas éticos y sociales que plantean las pruebas genéticas.

Bibliografía

- Jallinoja P., Aro AR. Does knowledge make a difference? The association between knowledge about genes and attitudes toward gene tests. *J Health Commun.* 2000;5(1):29-39.
- Henneman L., Timmermans DR., Van Der Wal G. Public attitudes toward genetic testing: perceived benefits and objections. *Genet Test.* 2006 Summer; 10(2):139-45.
- Etchegary H., Cappelli M., Potter B., Vloet M., Graham I., Walker M., Wilson B. Attitude and knowledge about genetics and genetic testing. *Public Health Genomics.* 2010;13(2):80-8.

ACTIVIDAD DE UN COMITÉ DE ÉTICA PARA LA ASISTENCIA SANITARIA EN SUS CUATRO PRIMEROS AÑOS DE FUNCIONAMIENTO (2ª ETAPA)

JOSÉ MANUEL MORENO VILLARES, GABRIELA GARCÍA ÁLVAREZ, CRISTINA SÁNCHEZ JIMÉNEZ, LIDIA CASANUEVA MATEOS, RAFAELA FERNÁNDEZ RAMOS, MARÍA DEL PILAR HERNÁNDEZ SUÁREZ, FERNANDO MEJÍA ESTEBARANZ, FEDERICO MONTALVO JÄÄSKELÄINEN, JUAN CARLOS MONTEJO GONZÁLEZ, SOFÍA EMILIA VÁZQUEZ GUNTÍN.
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Carretera de Andalucía km 5,400. 28041 Madrid.

josemanuel.moreno@salud.madrid.org

Introducción

El Comité Ético para la Asistencia Sanitaria (CEAS) del hospital 12 de Octubre-Área Sanitaria XI de Madrid recibió su aprobación por la Consejería de Sanidad en diciembre de 2009, tras un año de funcionamiento como grupo promotor. La existencia de CEAS en una institución sanitaria está considerada como un criterio de calidad en su funcionamiento. El grupo inicial estaba compuesto por 18 miembros además de un secretario de Actas. Nos proponemos analizar la actividad del Comité durante sus primeros cuatro años de funcionamiento, periodo tras el cual de forma obligatoria se procede a la renovación de, al menos, la mitad de sus miembros.

Material y métodos

Revisión de las memorias anuales de los cuatro años de funcionamiento. Se analizará la actividad realizada así como las modificaciones en la composición del CEAS a lo largo de este periodo.

Resultados

	2010	2011	2012	2013
Reuniones				
-ordinarias	11	10	10	7
-extraord.	3	4	4	2
Casos evaluados				
-Tx donante vivo	7	18	18	10
-Otros casos	2	3	0	1
Sesiones				
-CEAS	5	4	2	3
-Generales	0	0	3	3
Nº de miembros	16	13	13	11

En la tabla se encuentran los datos del número de reuniones (ordinarias y extraordinarias), nº de casos evaluados (casos generales y evaluaciones de trasplante de donante vivo); sesiones (formativas del CEAS y generales), nº de miembros del CEAS al final de año.

Discusión

La actividad del CEAS se mantiene constante a lo largo del periodo de estudio, tanto en su labor formativa (Sesiones) como en la evaluación de casos. El hecho de ser un hospital con un programa importante de trasplantes de órganos procedentes de donante vivo hace que la entrevista a posibles donantes ocupe una gran parte de la actividad del Comité. A lo largo del tiempo se han producido una disminución de casi el 40% en el número de miembros.

Conclusiones

La actividad del CEAS a lo largo del tiempo permite asegurar que se trata de un Comité bien instaurado y con cometidos específicos.

Con el tiempo de funcionamiento se evidencia un aumento de la actividad formativa de "puertas afuera", mientras la actividad evaluadora permanece constante.

El compromiso y la dedicación al CEAS conlleva una carga de trabajo extra que puede hacer reconsiderar la participación en el mismo. Parece interesante establecer mecanismos para incentivar la participación y facilitar la renovación periódica de sus miembros.

LA ATENCIÓN COMPASIVA EN CUIDADOS PALIATIVOS: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

MARÍA SALAS IGEA*
 AMPARO ZARAGOZA SALCEDO**
 ENCARNACIÓN PÉREZ BRET*

(* *Hospital Centro de cuidados Laguna*

(** *Universidad de Navarra*

Concejal Francisco José Jiménez Martín, 128 28047 Madrid
 eperezbret@lagunacuida.org

Introducción

Afrontar cotidianamente, como profesionales, la muerte y el sufrimiento de muchos enfermos con una visión integral, que busque dar cobertura a todas sus necesidades, requiere un modelo de atención caracterizado por tener una actitud de compasión.

Objetivo

Conocer en qué consiste la compasión como intervención, como ha de llevarse a cabo en la práctica y qué efectos puede tener en el paciente.

Metodología

Se realizó una revisión sistemática de la literatura a través de las bases de datos Pubmed, Cinahl y Cochrane plus Library. Además se revisó de forma manual la revista medicina paliativa y los documentos de Jornadas y Congresos realizados en España sobre cuidados paliativos. Por último, se realizó una consulta a un profesional experto, sobre la bibliografía representativa.

Resultados

Se identificaron catorce artículos; cinco revisiones narrativas, cuatro artículos de metodología cualitativa, un artículo de metodología combinada, un artículo de metodología cuantitativa y tres artículos de opinión. Además se incluyeron dos publicaciones de ponencias de congresos, en las que se identificaron las siguientes categorías, que se corresponden con los atributos de la

compasión: presencia, acompañamiento, escucha, acogida, individualidad y sufrimiento compartido.

Discusión

A la luz de las publicaciones estudiadas queda claro que la compasión es una actitud imprescindible en el ámbito de Cuidados Paliativos, que implica un componente activo. Se han identificado las diferencias con otros conceptos relacionados, tales como la empatía y la lástima. Hay que destacar el vacío de conocimiento existente acerca de los efectos que puede tener la compasión.

Conclusiones

La compasión es un tema emergente por el que existe un creciente interés. Se requiere abrir una línea de investigación planificada y rigurosa, acerca de este fenómeno y sus implicaciones para desarrollar una práctica y una docencia que aporte un cuidado integral a la persona.

Bibliografía

- Janssen A. What does care mean? Perceptions of people approaching the end of life. *Palliative & supportive care* 2010;8(4):433.
- Larkin PJ. Listening to the still small voice: the role of palliative care nurses in addressing psychosocial issues at end of life. *Progress in palliative care* 2010;18(6):335.
- Back AL. Compassionate silence in the patient-clinician encounter: a contemplative approach. *J Palliat Med* 2009;12(12):1113.

¿CÚALES SON LAS ACTITUDES QUE MÁS LLAMAN LA ATENCIÓN A LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA DURANTE SUS PRÁCTICAS CLÍNICAS?

NIEVES MARTÍN ESPÍLDORA, BÁRBARA MARCO, M^a TERESA DELGADO, BEGOÑA BUIL, PABLO MUÑOZ, ROGELIO ALTISENT
nmarespil@comz.org

Introducción

El aprendizaje de la ética clínica no debería limitarse al contexto de una sola asignatura, sino desarrollarse de forma transversal a lo largo de toda la carrera de medicina. A continuación se exponen algunos ejemplos de cómo se pueden aprovechar las prácticas clínicas en este sentido.

Material y Métodos

De un estudio del *Portafolios de Bioética como herramienta docente*, se analizan un total de 168 portafolios correspondientes a 28 alumnos.

Resultados

Se observa un predominio del interés del estudiante por los temas centrados en la relación Médico- Paciente, concretamente en la forma en que el médico atiende a sus pacientes. Esto ocurre tanto en los casos que reflejan actitudes profesionales positivas como actitudes negativas.

Discusión

Llama la atención el mayor interés de los estudiantes por la Bioética cotidiana, especialmente la relación Médico-Paciente, frente a otro tipo de problemas éticos a priori más llamativos. A continuación se muestran algunos ejemplos:

“Durante las prácticas me llamó la atención un médico que llamaba a todos sus pacientes por su nombre, y antes de comenzar la consulta se había mirado las historias clínicas de todos...les explicaba lo que les ocurría en vocabulario muy simple, o incluso ayudándose de dibujos, para que los pacientes comprendieran las distintas opciones terapéuticas, y pudieran elegir la que más les interesase”

“Dejaba al paciente elegir si se operaba o no, sin haberle explicado las ventajas e inconvenientes de cada una de las alternativas...”

Conclusiones

Cuidando los aspectos señalados por los estudiantes, se puede mejorar notablemente la práctica clínica sin necesidad de utilizar más recursos materiales. Este sistema de aprendizaje de Bioética puede aplicarse en todos los ámbitos (hospital, consultas de especialistas, atención primaria...) y en todas las especialidades con prácticas clínicas. Contribuye por una parte a formar mediante el ejemplo a las próximas generaciones de médicos, ya que estos temas les causan una profunda impresión, y por otra, anima a los profesionales a no abandonar sus actitudes positivas y a reflexionar sobre otras.

ESTIGMATIZACIÓN SOCIAL DE LA OBESIDAD DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO

MARÍA DE DOMINGO BARTOLOMÉ*

JOSÉ LÓPEZ GUZMÁN**

(*) *Oficina de Farmacia en Navarrete (La Rioja)*

(**) *Universidad de Navarra*

mdbartolome@alumni.unav.es

jlguzman@unav.es

Introducción

La sociedad moderna se caracteriza por disponer, teóricamente, de una amplia oferta alimentaria. Excederse en el consumo de ciertos alimentos perjudica no sólo a la salud de los individuos sino también a su aspecto. En este contexto la persona obesa se vislumbra como un individuo enfermo, ejemplo de lo que no se debe hacer al entrar en contradicción con un paradigma imperante en la actualidad: “la obsesión generalizada por el culto al cuerpo, la estética y la delgadez”.

Objetivos

Estudiar desde una perspectiva de género cómo afecta en la sociedad contemporánea la obesidad de los individuos.

Material y métodos

Revisión bibliográfica de la revista *British Medical Journal* desde el año 2000 al 2012.

Resultados

Desde una perspectiva de género en los países industrializados existe evidencia de que las mujeres están bajo fuerte presión social en relación con su Índice de Masa Corporal (IMC). Los datos de un estudio en el que se analizaron los resultados socioeconómicos, educativos, sociales y psicológicos de una cohorte de 8.490 participantes que se siguió durante treinta años mostraron que, en los hombres, la obesidad en la etapa adulta se asocia con un mayor riesgo de sufrir impactos adversos

en el ámbito sanitario y escolar. En las mujeres la obesidad en la etapa adulta se asocia con un mayor riesgo de padecer problemas psicológicos y sanitarios. En las mujeres con obesidad persistente el riesgo de no tener un empleo remunerado y no tener una pareja se incrementa al doble. Al mismo tiempo, en estos países, muchas personas gastan tiempo y dinero para mantenerse dentro del IMC aceptable.

Conclusiones

Los pacientes con obesidad, fundamentalmente las mujeres, sufren una estigmatización social e incluso padecen costes familiares y personales. Para minimizar el impacto de la obesidad la población adopta, de forma proactiva, métodos para perder peso. De tal manera que el “culto a la estética” favorece un Mercado de la Salud, Bienestar y Belleza. La solución a este problema no se encuentra en la medicalización, sino en cambios de hábitos de vida y en la propuesta de modelos estéticos no discriminatorios.

Bibliografía

- Bajos N., Wellings K., Laborde C., Moreau C. Sexuality and obesity, a gender perspective: results from French national random probability survey of sexual behaviours. *BMJ* 2010;340:c2573
- Watson R. New law bans selling of products with unjustified health claims. *BMJ* 2008;336:1150.2
- Viner RM., Cole TJ. Adult socioeconomic, educational, social, and psychological outcomes of childhood obesity: a national birth cohort study. *BMJ* 2005;330:1354

DESARROLLO DE UN CUESTIONARIO PARA UN PROGRAMA DE EDUCACION AFECTIVO-SEXUAL EN ADOLESCENTES

PABLO PASCUAL VILLORIA

Asociación Studium. Voluntariado Cultural Universitario

pablopascualfarma@hotmail.com

Introducción

La población adolescente constituye un grupo de riesgo por la incidencia de problemas de salud ligados a la sexualidad como el aborto provocado o las ITS. La elaboración de un cuestionario es indispensable para hacer un diagnóstico de salud de esa población y evaluar la efectividad del correspondiente programa educativo.

Metodología

El cuestionario se pasa antes de la intervención educativa y se vuelve a pasar transcurridos al menos tres meses de la misma. Se eligió 4º de la ESO (15 a 16 años) como población diana dado que en el curso previo se adquirió la formación académica básica para la comprensión de distintos contenidos del programa educativo. Se recopilaron los cuestionarios de 60 alumnos, todos ellos entre quince y dieciséis años, de los que se desestimaron 8 cuestionarios. Procesamos los cuestionarios de 52 alumnos, 30 chicos y 22 chicas. El trabajo de validación del cuestionario se realizó en el Centro Público "Puerta de Cuartos" de Talavera entre los meses de marzo y junio del curso 2012-2013. El muestreo fue aleatorio, la metodología presencial en el aula, el instrumento de medida fue un cuestionario de noventa y dos preguntas autoadministrado y anónimo, con la organización y supervisión del departamento de Orientación del Centro Escolar. Los contenidos del cuestionario nos proporcionaron información sobre conocimientos, actitudes y habilidades de la población escolar,

Resultados

Del análisis de los cuestionarios, un 13% de los chicos -4- y un 30% de las chicas -6- refieren haber mantenido

relaciones sexuales. La edad de inicio de sus relaciones sexuales la situaron todos a los 15 años. Agrupadas las 48 preguntas de contenidos en 6 áreas temáticas (número de preguntas por área) hemos obtenido un progreso de los conocimientos finales en relación a los de la encuesta inicial: La vida humana en su inicio (6): 12%. Bases de la fertilidad (13): 35%. Anticoncepción hormonal (5): 30%. Preservativo y prevención de ITS (5): 40%. ETS-sida (7): 50%. Sexualidad humana (12): 20%.

Discusión

La experiencia piloto fue muy útil para la validación del cuestionario pero de tamaño insuficiente para recabar conclusiones sólidas en cuanto al diagnóstico de salud.

Conclusión

El conocimiento general en materia de salud afecto-sexual de la población escolar es pobre. Nuestro cuestionario se constituye como una herramienta reproducible e inteligible de medida para programas educativos de salud afectivo-sexual.

Bibliografía

- Klaus H. Kardatzke D. Teen Star (Sexuality Teaching in the Contest of Adult Responsibility): Experiential learning of fertility delays teen sexual debut. *Natural Fam Planning*. Dec. 1990.
- Halperin, D. Steiner, M. Cassel, M. et al. "The time has come for common ground on preventing sexual transmission of HIV". *The Lancet* 2004; 364: 1913-1915.
- Salud sexual. OMS. SIT 572. 1975.

LA RAZONABILIDAD PRÁCTICA DE J. FINNIS COMO ALTERNATIVA A LA BIOÉTICA PRINCIPIALISTA

CAROLINA PEREIRA SÁEZ

Universidad de A Coruña

Facultad de Derecho

Campus de Elviña s/n 15071, A Coruña

cpereiras@udc.es

Introducción

La bioética principialista propuesta por Beauchamp y Childress responde a los profundos desacuerdos éticos que caracterizan nuestras sociedades actuales identificando cuatro principios morales que, entienden, son universalmente compartidos (*common morality*) y proponiéndolos como punto de partida para la toma de decisiones biomédicas. El propósito de este trabajo es, a partir del análisis de la capacidad del principialismo para llevar a cabo el objetivo que se propone, presentar la razonabilidad práctica de Finnis como alternativa para la bioética.

Material y métodos

Los principios del principialismo son abstractos y para emplearlos en la toma de decisiones es necesario concretarlos. Así, ha de analizarse la naturaleza y rasgos de estos principios y los procedimientos propuestos para su concreción.

Resultados

El análisis de los métodos de especificación de los principios muestra como el principialismo recurre al in-

tuicionismo para determinar su significado y permite dudar de que la autoridad de la *common morality* respalde las decisiones alcanzadas.

Discusión

Se propone, pues, la insuficiencia del principialismo como método de toma de decisiones biomédicas y su comparación con la comprensión del razonamiento práctico propuesta por Finnis. Se analizan en particular las exigencias metodológicas de la razón práctica y algunas de sus nociones básicas no correctamente comprendidas por el principialismo.

Conclusión

Ante el pluralismo, el principialismo propone una bioética neutral pero sólo con una fundamentación en el bien, como la que aporta la *New Natural Law Theory*, puede la bioética ser eficaz.

Bibliografía

Beauchamp, T. y Childress, J., *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford University Press, 2012. Finnis, J., *Collected Essays*, Oxford University Press, 2011.

LA OBLIGACIÓN DE DONACIÓN DE LA SANGRE DEL CORDÓN UMBILICAL EN ESPAÑA

AGUSTÍN LOSADA PESCADOR

Iberhospitex

agustin@agustinlosada.com

Introducción

El RD 1301/2006 consagra la obligación legal que adquieren los padres que desean conservar la sangre del cordón umbilical (SCU) de sus hijos en España de poner estas células a disposición universal. Dicha obligación resulta contraria a los principios bioéticos fundamentales del trasplante (altruismo y voluntariedad) y no respeta la autonomía del paciente.

Material y métodos

El análisis de la legislación española pone de manifiesto la contradicción existente dentro de la propia norma. Así, el citado RD 1301/2006 exige por un lado que la donación de órganos y tejidos sea altruista y voluntaria, y a la vez impone la inclusión en el registro público de aquellas unidades de SCU conservadas en España. Ello viene motivado por una confusión de base entre depósito privado y donación altruista de tejidos, y de aplicar a lo primero los principios que serían exigibles a lo segundo.

Resultados

La consecuencia de la obligación de donación es el impedimento al libre depósito privado de células para uso autólogo o alogénico intrafamiliar, así como la conculcación de derechos básicos de la persona: Los españoles, para poder conservar las células de sus hijos de forma privada, se ven obligados a depositarlas en otros países de Europa, donde la legislación no obliga a la donación.

Discusión

En España, el tratamiento legal de las células de la SCU es radicalmente diferente del que se hace con otros

tejidos: La donación de gametos o embriones es optativa y ha de contar con el previo consentimiento de las personas de los que proceden, mientras que las células del cordón umbilical previstas para uso autólogo son de obligada disponibilidad para uso alogénico, y su cesión es condición inexcusable para la autorización del Banco. La obligación de donación aplicada a la SCU va en contra del principio de libertad y voluntariedad que el propio RD 1301/2006 establece, si el sujeto fuente o su representante legal no autoriza su donación para ese uso.

Conclusiones

La filosofía subyacente en nuestra legislación a la obligación de donación de las células de SCU para uso privado es la defensa del bien común, procurando la disponibilidad de recursos biológicos para el conjunto de la población. Pero el interés general nunca debe situarse por encima del individuo. Además, existen suficientes unidades de SCU en bancos públicos para atender de forma eficaz las demandas de la población.

Bibliografía

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

RD 1301/2006, de 10 de noviembre, por el que se establecen las normas de calidad y seguridad para la donación, la obtención, la evaluación, el procesamiento, la preservación, el almacenamiento y la distribución de células y tejidos humanos y se aprueban las normas de coordinación y funcionamiento para su uso en humanos.

BIOÉTICA, DERECHO, INDEPENDENCIA E IMPARCIALIDAD JUDICIAL

Análisis crítico a la sentencia *Artavia Murillo y otros vs Costa Rica*

HUGO SAÚL RAMÍREZ GARCÍA

Facultad de Derecho. Universidad Panamericana, Campus México

Introducción

Con una sentencia de fecha 28 de noviembre de 2012, la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CrIDH) resolvió el caso *Artavia Murillo y otros v. Costa Rica*, donde declaró la responsabilidad internacional de tal Estado por haber vulnerado los derechos humanos de varias parejas infértiles, reconocidos por la Convención Americana sobre Derechos Humanos o Pacto de San José (PSJ), como el derecho a la vida privada y familiar, el derecho a gozar de los beneficios del progreso científico y tecnológico, entre otros. Uno de los puntos clave de la interpretación de la CrIDH, y zócalo fundamental de su resolución, está directamente asociado al alcance semántico del concepto "concepción", mismo que forma parte de la redacción del artículo 4.1 del PSJ. Ni más ni menos, el inicio de la protección del derecho a la vida depende del fenómeno al que hace referencia el término "concepción". Entre dos posibilidades para atribuir significado al concepto "concepción" la CrIDH optó por aquella que hace referencia al hecho de la "implantación del óvulo fecundado en el útero materno". ¿Qué razones se aducen por la CrIDH para justificar esta decisión? ¿Tales razones pueden considerarse suficientes, atendiendo a la importancia de la decisión así como del precedente que genera? Si no lo son, ¿la CrIDH atenta contra los principios de independencia e imparcialidad judicial, minando la autoridad con la que interpreta el contenido y alcance de los derechos humanos?

Discusión

Atendiendo a los Principios de Bangalore sobre conducta judicial, la independencia del juez es una garantía

fundamental para un juicio justo, la cual implica que se encuentre libre de cualquier influencia ajena, de instigaciones, presiones, amenazas o interferencias, mismas que impidan una valoración objetiva de los hechos y una comprensión consciente de la norma que aplica. Por su parte, la imparcialidad se refiere a la calidad que debe manifestar la decisión judicial en sí misma, y el proceso mediante el cual se toma esa decisión; implica el deber del juez de desempeñar sus tareas sin favoritismo, predisposición o prejuicio.

El uso de datos científicos es uno de los recursos más importantes dentro de la fundamentación de una sentencia, máxime si en ella resulta indispensable identificar, con algún concepto, aquél estado de cosas que es la condición a partir de la cual se protege un derecho humano. Lo propio y congruente con los principios de independencia e imparcialidad es que el juzgador valore, sin prejuicios, la pertinencia y oportunidad de los datos que aporta la comunidad científica experta en el análisis de la realidad que resulta un hecho importante para la interpretación y aplicación de una norma jurídica.

3. En el caso *Artavia Murillo y otros v. Costa Rica*, la Corte Interamericana incurre en múltiples errores e imprecisiones injustificables, dado el estado que guarda la embriología, entre otras ciencias. Así mismo, desacredita ciertas afirmaciones y datos científicos aportados en el juicio, sin aducir razón alguna que apunte a errores en el conocimiento en sí mismo, o bien al proceso para su obtención; se limita, en cambio, a identificar coincidencias entre dichos datos científicos con concepciones que confieren atributos metafísicos al embrión, incurriendo claramente en un prejuicio.

Conclusiones

Tanto los errores e imprecisiones cometidos en el uso de datos científicos en torno al desarrollo embrionario, así como el sesgo prejuicioso con el que la CrIDH desacredita afirmaciones y datos científicos en torno al fenómeno de la concepción, en el marco de su resolución al caso *Artavia Murillo y otros v. Costa Rica*, suponen un atentado contra su propia independencia e imparcialidad y, en consecuencia, contra su autoridad como intérprete del contenido y alcance de los derechos humanos.

Bibliografía

- León, F., coord., *Bioética general y clínica*, Fundación Interamericana Ciencia y Vida, Santiago de Chile, 2010.
- Nader, Jorge, *Principios de la función judicial*, Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM, México, 2011.
- Ramírez, H., Pallares, P., *Derechos humanos*, Oxford University Press, México, 2011.

EL PRINCIPIALISMO NORTEAMERICANO COMO METODOLOGÍA PARA LA TOMA DE DECISIONES EN MATERIA DE ÉTICA BIOMÉDICA. ALCANCE SISTEMÁTICO Y LIMITACIONES CONCEPTUALES

OSCAR VERGARA

Universidad de La Coruña. Facultad de Derecho

Campus de Elviña, s/n. 15071 La Coruña

vergara@udc.es

Introducción

Esta comunicación tiene por objeto la metodología de la toma de decisiones en el ámbito de la Ética biomédica. En particular se analiza la metodología principialista tal y como es formulada por sus más destacados exponentes, Beauchamp y Childress. Estos autores consideran que es posible el desarrollo de un sistema ético que proporcione respuestas a los problemas biomédicos a partir de sucesivas especificaciones de los principios de autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia. Sin embargo, dicho proceso especificador se realiza inevitablemente con una metodología casuista y de manera no inocente o no neutral.

Metodología

Se analiza con carácter previo la moderna teoría de los sistemas normativos, en particular tal y como ha sido desarrollada por dos de sus principales exponentes, como son Alchourrón y Bulygin. A continuación se pone el foco sobre las concretas especificaciones que realizan Beauchamp y Childress en su *Principles of Biomedical Ethics* y se examina si el conjunto tiene carácter sistemático, según las exigencias conceptuales formuladas en la teoría de los sistemas normativos.

Resultados

El análisis revela que Beauchamp y Childress operan de modo casuístico, ya que existe una serie de condicionamientos que impiden la formación de un sistema meramente deductivo en materia bioética.

Conclusiones

El análisis de Beauchamp y Childress, en contra de lo que pretenden, es parcial y debe ser completado desde una óptica más amplia que, poniendo el foco, no tanto en el sistema, como en la decisión concreta, la capte en todo su espectro, en el que la sistematicidad se manifiesta como un elemento importante, pero no único, al igual que los cuatro grandes principios, cuyo papel, sin duda importante, es, sin embargo, más limitado de lo que estos autores pretenden.

Bibliografía elemental

- Beauchamp & Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, Nueva York, Oxford University Press, 2013.
- Alchourrón & Bulygin, *Normative Systems*, Viena, Springer, 1971.
- Jonsen & Toulmin, *The Abuse of Casuistry*, Berkeley, Universidad de California, 1989.

CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LA HUMANIZACIÓN DE LA CESÁREA

FRANCISCO CARRILLO NAVARRO, M^a DE LOS ÁNGELES CASTAÑO MOLINA
 EFRAIM CARRILLO CAÑEVERAS, LUIS MIGUEL PASTOR GARCÍA,
 AURELIO LUNA MALDONADO
Servicio Murciano de Salud. Master de Bioética. Universidad de Murcia.
 carrillodr@gmail.com

Introducción

El consentimiento informado (CI) es un proceso basado en el diálogo entre el profesional y el enfermo en el que éste decide libremente sobre las posibles intervenciones en su salud. Es un acontecimiento junto a otros por el que se “humaniza” la asistencia. La intervención cesárea es una práctica que repercute directamente en el binomio madre-hijo y que por su importancia requiere la práctica de este CI.”

El objetivo general de la investigación es analizar el proceso de CI para cesárea en varios Hospitales de la Región de Murcia.

Material y Método

Realizamos un estudio descriptivo analítico transversal analizando los elementos de los CI en los formularios de 5 Hospitales. La búsqueda bibliográfica se realizó mediante Pubmed y las Publicaciones del Ministerio de Sanidad.

Resultados

Todos los hospitales parten de un mismo documento y, aunque el formulario tiene en cuenta todos los elementos de un CI, no contempla los riesgos y complicaciones que la cesárea implica al binomio madre-hijo.

Discusión

La cesárea es un acto quirúrgico y por ello requiere un CI oral y por escrito tal y como se refleja en la Ley 41/2002.¹ Un deber ético en medicina es la actualización de los documentos de CI, así como la unificación de un mismo documento en todos los centros para evitar incertidumbre en el usuario. El CI debería contemplar las repercusiones posteriores para la madre y el hijo².

Conclusiones

Consideramos que la base en la humanización del nacimiento está en la comunicación entre las mujeres y los profesionales que les atienden. Esta intervención no debe centrarse sólo en la mujer sino en el binomio madre-hijo, para decidir y planificar ante las repercusiones que conlleva una cesárea.

¹ Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE n° 274, de 15 de noviembre de 2002. 40126-40132.

² Alba Romero C, Aler Gay I, Olza Fernández I. Maternidad y salud ciencia, conciencia y experiencia. Informes, estudios e investigación, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Madrid, 2012.

CRITERIOS DE CONFIANZA EN LA NEUROCIENCIA. UN ANÁLISIS DESDE EL PENSAMIENTO DE ALDOUS HUXLEY

LEANDRO M. GAITÁN

LUIS E. ECHARTE

Unidad de Educación médica y Bioética. Facultad de medicina.

Universidad de Navarra.

lgaitan@alumni.unav.es

Los más recientes hallazgos de la neurociencia han elevado las expectativas científicas y sociales en lo que refiere a la capacidad que tiene dicha área para responder las grandes preguntas antropológicas. Sin embargo, hoy también están surgiendo nuevos movimientos de cariz neoromántico en los que se advierte de los peligros que tal optimismo acompaña. En nuestra comunicación estudiamos los elementos de fondo que constituyen el actual debate sobre la confianza depositada en la investigación neurocientífica y, a través del análisis de la obra de Aldous Huxley, tratamos de ofrecer algunos criterios con los que discernir qué tipo de expectativas son razonables y cuáles no. La razón es que Huxley es, precisamente, uno de los primeros y más agudos autores que detecta y alerta contra el avance del naturalismo en las ciencias sobre el cerebro. En la comunicación defendemos, en primer lugar, que las principales causas de las actuales expectativas neurocientíficas caen fuera de su lógica interna, y que justamente este hecho perjudica el progreso científico y social. Por otro lado, entre los más graves males asociados a la *neuromanía* que evaluamos en nuestra comunicación

están las confusiones epistemológicas, el reduccionismo materialista (en sus más insospechadas formas, alguna de ellas de tintes cristianos), la merma de un auténtico diálogo interdisciplinar, los riesgos para la salud, para la educación, para la política, etc., y por último y no menos importante, los horizontes de violencia asociados a las nuevas dinámicas de la cultura neuro-tecnológica. A diferencia de algunos movimientos refractarios a la neurociencia, pensamos en conclusión que ésta es inherentemente buena y que puede aportar claves importantes en la resolución de numerosos problemas humanos. Sin embargo, también consideramos que esto es solo cierto en la medida que la prudencia —derivada del reconocimiento de sus límites metodológicos— acompañe a quienes realizan sus investigaciones y a quienes reciben y trabajan con sus resultados.

Palabras clave

Sociología de la Neurociencia, creencias neurocientíficas, expectativas en Neurociencias, Neuroética.

HACIA UNA EPISTEMOLOGÍA DE LA BIOÉTICA

JOSÉ ANTONIO SÁNCHEZ BARROSO

Universidad Panamericana

México Augusto Rodín 498,
col. Insurgentes Mixcoac, c.p.03920,
Benito Juárez, México, D.F.

Objetivo

Reconociendo que no es lo mismo “*juzgar el obrar en base a*”—que en última instancia corresponde a la pregunta *¿cómo debemos que actuar?* (fundamento ético)—, que “*conocer la base sobre la cual juzgar el obrar*”—a que se refiere la pregunta *¿cómo conocemos los parámetros del actuar?* (fundamento epistemológico—); lo que se pretende hacer en este trabajo es aplicar los postulados de la teoría del conocimiento a la bioética; es decir, una epistemología de la bioética que nos oriente: *i)* acerca de cómo y en dónde podemos conocer los criterios éticos de los actos humanos en relación con las posibilidades de vida y desarrollo generadas por el avance tecno-científico, *ii)* sobre qué valor o certeza le debemos dar al conocimiento ético y, *iii)* sobre qué lugar guarda éste frente a la verdad.

Discusión

Para efectos del presente estudio hay que partir de la siguiente premisa: *todo pensamiento y toda elaboración teórica en torno a un objeto están siempre orientados a la verdad*. Esto no es otra cosa que la aplicación del principio de no contradicción a la epistemología, el cual puede expresarse del siguiente modo: nadie puede permanecer sinceramente indiferente a la verdad de su saber, si descubre que es falso, lo rechaza; en cambio, si puede confirmar su verdad, se siente satisfecho.

De acuerdo con ese principio, son dos las notas que caracterizan a la epistemología que trato de perfilar para la bioética: en primer lugar, a partir de la primera verdad absolutamente cierta que es la propia existencia, la pretensión del hombre de adquirir conocimientos universales que le permitan comprender mejor el mundo que lo rodea y comprenderse mejor a sí mismo para progresar en su

autorrealización y; en segundo lugar, que a la esencia de la verdad le son indiferentes las vicisitudes del sufragio universal, pues la coincidencia de todos los hombres en una misma opinión no da a esta un quilate más de verdad, esto en todo caso sólo proporciona una mayor tranquilidad y confianza subjetivas. Al referir el concepto de verdad en bioética conviene tener presente que no podemos hacer una crítica del obrar del hombre, es decir, juzgar la moralidad de los actos humanos particulares como, por ejemplo, la eutanasia, el aborto, las técnicas de reproducción asistida, cuidado del medio ambiente, etcétera; si antes no se formula un estudio sobre el fundamento del comportamiento moral, es decir, a la manera en cómo el hombre conoce o descubre los cánones o criterios de su actuar y los elementos sobre los cuales edifica su vida moral. Este estudio, obligado por el nivel en el que se encuentra la bioética de nuestros días, toma de “epistemología de la bioética”. Este análisis se basa en las siguientes proposiciones: *i)* toda explicación lógica y racional de algo apunta siempre a la verdad, y si ese algo es moral, entonces cabe hablar de una verdad ética; *ii)* en tanto que es alcanzable, está en la naturaleza del hombre buscar y querer conocer la verdad; *iii)* el hombre posee cierta facultad para distinguir lo verdadero de lo falso lo cual supone, a su vez, que tiene una idea de verdad en relación con la cual juzga el valor de los conocimientos; *iv)* en tanto que es realizable, está en la naturaleza del hombre orientar sus acciones y decisiones morales al bien, ya sea el propio o el ajeno, o ambos; *v)* la vida moral del hombre necesita un cierto grado de certeza; es decir, necesita saber racionalmente —no autoritativamente ni apodícticamente— si está actuando bien o no y, además, si los cánones o criterios utilizados para ello son los adecuados o no; y *vi)* todas las acciones y todas las decisiones morales deben estar soportadas o sustentadas en razones.

LIBERTAD EN NEUROCIENCIA: LÍMITES DE UNA EXPLICACIÓN NEUROBIOLÓGICA PARA LOS ACTOS HUMANOS

BEATRIZ SHAND-KLAGGES*, TOMÁS LEÓN*, JORGE MARTÍNEZ**

(*) *Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile*

(**) *Facultad de Filosofía, Pontificia Universidad Católica de Chile*

Introducción

Para entender la interpretación actual que la Neurociencia propone sobre la capacidad del ser humano de realizar actos libres es imprescindible remontarse a los orígenes remotos de esta disciplina. A comienzos del siglo XIX, diversos hallazgos neurobiológicos históricos cimentaron la concepción actual predominante en la Neurociencia, respecto del origen y significado de las capacidades cognitivas (1).

Métodos

Se realizó una revisión bibliográfica de la concepción actual de libertad desde la perspectiva neurobiológica, utilizando como fuentes las bases de datos Pubmed, Scielo y Psycinfo.

Se revisaron en profundidad los estudios que abordaron directamente la pregunta sobre la toma de decisiones libres, comenzando con el histórico trabajo de Benjamin Libet, publicado el año 1983 (2) Se revisaron también artículos y libros de difusión editados por investigadores del área.

Resultados

Se identificaron mayoritariamente dos grandes interpretaciones neurobiológicas de la libertad: una primariamente fisicalista, que identifica la capacidad de tomar decisiones libres como una función resultante de las conexiones neuronales y una segunda posición, que podemos calificar como emergentista, que reconoce la existencia de la libertad como perteneciente a una di-

mensión inmaterial del ser humano, pero que emerge desde la base neurobiológica. Esta última interpretación puede denominarse también "compatibilista" (3).

Conclusiones

Se reconoce la predominancia de una interpretación positivista de la libertad. Esta visión no tiene una relación directa con los resultados de los estudios hasta hoy realizados, sino que alberga en primer lugar una cierta direccionalidad en la interpretación de los mismos, en segundo lugar una visión reduccionista de la libertad (al extrapolar estudios sobre pequeñas actividades motoras a todo el ámbito humano de las decisiones libres) y, en último lugar, una esperanza en la posibilidad de explicar, en el futuro, las múltiples áreas inconclusas en esta interpretación.

Se propone la necesidad de volver a una aproximación interdisciplinaria de lo humano, que supere el paradigma positivista incorporando la aproximación filosófica y su tradición.

Referencias

1. Lorch M. Re-examining Paul Broca's initial presentation of M. Leborgne: Understanding the impetus for brain and language research. *Cortex* (2011) 228-23.
2. Libet B. Unconscious cerebral initiative and the role of conscious will in voluntary action. *The Behavioral and Brain Sciences* (1985) 8: 529-566.
3. Felthous A. The will: from metaphysical freedom to normative functionalism. *J Am Acad Psychiatry Law* (2008) 36; 16-23.

ANÁLISIS BIBLIOGRÁFICO DE LOS EFECTOS SOBRE LA SALUD DE LAS DISFUNCIONES FAMILIARES

FRANCISCO CARRILLO NAVARRO, MARIANO LEAL HERNÁNDEZ,
EFRAIM CARRILLO CAÑEVERAS, AURELIO LUNA MALDONADO
Servicio Murciano Salud. Universidad Murcia.
carrillodr@gmail.com

Objetivos

Estudio de la relación entre las disfunciones de la estructura familiar y aparición de problemas de salud a través de un análisis bibliográfico actualizado.

Material y Métodos

Estudio descriptivo transversal con análisis bibliográfico actualizado hasta diciembre de 2012. Búsqueda bibliográfica en hemeroteca Luis Vives, dialnet, familywatch.org, psiquiatria.com, zenit.org, Google académico, Pubmed y Web of Knowledge empleando los descriptores: custodia compartida, divorcio, problemas salud y alteraciones estructura familia entre otros. Analizamos 126 artículos.¹¹

Resultados

Efectos de la disfunción familiar sobre los hijos:

- El abuso infantil se asoció con divorcio de los padres siendo la buena relación parental factor protector para el maltrato. (AlFayez, GA).
- Los adolescentes de familias divorciadas precisan de mayor atención psiquiátrica, más aún sison mujeres. (Gunther, N.).
- Uniones estables son más protectoras para salud mental que las libres. (Breslau, J.).
- La formación de nuevas parejas tras el divorcio se asocia a síntomas depresivos mayores en los hijos. (Orgilés, M).
- La estabilidad afectiva y emocional necesaria para el desarrollo infantil se ve amenazada por el divorcio/

separación parental provocando mayores desajustes psicológicos (intensa angustia, tristeza y dolor) que en familias intactas con mayor gravedad en preescolares y persistencia posterior. (Muñoz Ortega, ML).

- Los niños que cenan en familia más de tres veces a la semana son más felices.
- El divorcio con custodia compartida produce en los hijos menos problemas de conducta y mayor fortalecimiento de los vínculos paternos. (Amato, PR).
- La exposición a la separación de los padres, aumenta el riesgo de hospitalización por infecciones en los hijos. (Nielsen, NM). Efectos sobre los padres: Estado civil y mortalidad: Las personas casadas con estabilidad tienen tasas más bajas de mortalidad (Blomgren, J). El matrimonio se asocia con menor mortalidad general y por enfermedad cardiovascular (Va, P). Hay diferencia en cuanto a sexo en el cuidado de los hijos pues los padres sin vínculo legal con su pareja no cuidan sus hijos, no ocurriendo esto en las madres. (Seltzer, JA). Familias monoparentales: Los hijos tienen mayor porcentaje de conductas agresivas, antisociales, delictivas, consumo de alcohol-drogas. Son más precoces y promiscuos en actividades sexuales. (Flynn, L.J).

Conclusiones

La estabilidad familiar es vital para una buena salud física, psíquica y social por lo que debe ser protegida por la sociedad. Divorcio y ampliación de libertades son lastres que provocan enfermedad y malestar psicológico difícil de tratar. Estos resultados son relevantes respecto a las cuestiones éticas que se generan en relación a la actividad de medicina preventiva que realizan especialmente los médicos de familia o pediatras.

11 Alcolea Pina MD; Carrillo Navarro F; Pastor García L.M. Problemas de Salud y Alteraciones de la estructura familiar. ¿Qué evidencias nos ofrece la Bibliografía actual?. TFM presentado el curso 2011-12. www.um.es/c/document_library/get_file?uuid=0f7991ce-107a-41e0-a144-4d7dcf3233d7&groupId=115466

NEUROÉTICA Y TECNOLOGÍAS CONVERGENTES

“Making Perfect Life ”

M^a CARMEN BALLESTER ZAPATA
Universidad Católica S. Antonio
 Campus los Jerónimos s/n
 Guadalupe 30000 Murcia
 mcballester@ucam.edu

La neuroética tal como la definió W. Safire en la Conferencia DANA es el estudio de las cuestiones éticas, legales y sociales que surgen de la práctica médica y de la investigación en el cerebro¹. El término Tecnologías Convergentes (TC) define la interconexión existente entre Nanotecnología, Biotecnología, Tecnología Informática y Ciencias Cognitivas (NBIC).

Se revisan las publicaciones e informes encargados a diferentes comisiones sobre TC para indagar cuáles han sido los logros conseguidos y los juicios bioéticos relacionados con los temas que conformaron las sesiones de la Conferencia DANA.

El gran poder de transformación de las TC deriva de la posibilidad que ofrece la nanotecnología de intervenir en la materia a nivel atómico y de la sinergia e interacciones que se dan entre ellas posibilitando el paso del ámbito biológico al tecnológico y viceversa, interconvirtiéndose el uno en el otro en distintas aplicaciones llegando a borrar los límites entre lo natural y lo artificial. Los procesos fundamentales son la miniaturización y la informatización. Varios informes analizan esta realidad, se toma como paradigmático el del Parlamento Europeo desde STOA (unidad de evaluación de las opciones científicas y tecnológicas), sobre el proyecto “Making Perfect Life” inspirado en la visión de las tecnologías convergentes como el factor clave en la organización y desarrollo del siglo XXI para reflexionar y debatir sobre los múltiples asuntos éticos, legales y sociales involucrados.

Una de las neuroingenierías directas analizadas son las interfaces cerebro-ordenador (BMI Brain Computer Interfaces) invasivas a través de electrodos y no invasivas a través de EEG. Las BMI son sistemas que graban la actividad cerebral, y la transmiten a un dispositivo externo, sea un computador, una silla eléctrica o una neuroprótesis. Éstas, gracias a las TC, dejarán de ser percibidas por el paciente o el usuario como un apéndice externo a su cuerpo y pasarán a estar integradas en los mecanismos neuronales y en el patrón corporal. El uso de las BCI en situaciones de discapacidad, se amplía a la mejora individual de capacidades cerebrales o mentales, adquisición de nuevos sentidos, mejoramiento humano, capacidades sobrehumanas y actividades lúdicas.

Junto a aspectos bioéticos tales como reparto de recursos, formación certificada de los profesionales, falta de protocolos comunes y regulación y diferenciación del uso lúdico y terapéutico hay que destacar la posibilidad de que dentro de unos años las BCI formen parte de una nueva evolución del ser humano, no basada en la selección natural ni en la tecnología que modifica el entorno, sino dirigida a cambiar al propio ser humano. Podríamos concluir afirmando que las BCI obligan a una profunda reflexión bioética para afrontar esta evolución con criterios que defiendan la autonomía, la libertad y la dignidad humana, estando preparada ante una biopolítica a la que favorecería el vertiginoso desarrollo de las TC. Conceptos como persona y responsabilidad moral ante un previsible aumento de dispositivos cibernéticos, seguirán siendo útiles pero podrían adoptar nuevos significados según aumente la proporción de estos respecto a los biológicos. La sociedad no debería quedar fuera de este debate.

¹ Safire, W., “Neuroethics: Mapping the field”, DANA FOUNDATION, 1-Julio-2002, en <http://www.dana.org/news/cerebrum/detail.aspx?id=2872> [consulta: 3 de Marzo 2013].

ABOUT THE QUALITY OF LIFE OF CHILDREN WITH SPINAL MUSCULAR ATROPHY TYPE 1

FERMÍN J. GONZÁLEZ-MELADO(*), MARÍA L. DI PIETRO(**), VINCENZO M. DICOMMO(***)
 (*) *Pontifical John Paul II Institute for studies on Marriage and Family (Rome)*
 (**) *Catholic University of the Sacred Heart, School of Medicine "A. Gemelli", (Rome)*
 (***) *Pediatric Hospital "Bambino Gesù", Department of Epidemiology (Rome).*
 ferminjgm@hotmail.com

Objective

The aim of our SMA I Project was to measure HRQOL in SMA I Italian children using the PedsQL™ 4.0 Generic Core Infant Scales Parents Report¹ and the PedsQL™ 3.0 Neuromuscular Module Parents and Infants Report².

Materials and methods

Subjects of our study: We sent our questionnaires to 171 families that had a child with SMA I. To date June 30, 2012, 73 families had responded, resulting in a response rate of 42.69%. *Method:* The research was conducted providing the questionnaires by mail to these families. In a single questionnaire we included 46 questions about the motivations for the choice of treatments. These questions were identical for parents of a child with SMA I that still was alive and for those whose child had died. Additionally, the parents whose son was alive responded to a PedsQL™ 4.0 General Core Parents Report or a PedsQL™ 3.0 Neuro-muscular Module Parents Report. If the child was older than five years we included a PedsQL™ 3.0 Neuromuscular Module Infants Report according to their age.

Results

The HRQOL assigned by parents to their children was 51.2 out of 100. The 30% of parents assigned a HRQOL around 50 points and almost another 30% who scored above 65 points. The QL self assigned by SMA I children

was 48.5 points. There is a strong correlation between HRQOL scores of parents and children (r 0,77 and p = 0.003). The results showed no significant differences between the HRQOL that parents gave to their SMA I children with invasive ventilation (51,58) and the HRQOL attached by parents of SMA I children with noninvasive ventilation (50,46). There was a difference in the HRQOL self-assigned by SMA I children with tracheostomy (50,31) on regarding the HRQOL of SMA I children with noninvasive ventilation (45,00). The small sample size did not allow us to establish the significance of this difference.

Conclusions

The HRQOL of SMA I children assigned by their parents (51,2) is higher than the HRQOL assigned by physicians³ (28,5). HRQOL self assigned by children with SMA I (48,5) is higher than the HRQOL assigned to them by physicians (28,5). No significant differences were detected when we analyzed HRQOL assigned by parents of SMAI children in relation to type of nutrition, ventilation or religion. The arguments against the use of invasive ventilation (tracheostomy) for SMA I children can't be based on the lower HRQOL of children with tracheostomy because we've proven that both HRQOL assigned by parents and self-assigned by SMA I children with tracheostomy are the same than HRQOL of those SMAI children with noninvasive ventilation.

Abbreviations: SMA I = Spinal Muscular Atrophy Type I; HRQOL = Health Related Quality of Life.

1 J.W. VARNI, *et al.*, "The PedsQL 4.0 as a pediatric population health measure: feasibility, reliability, and validity", en *Ambulatory Pediatrics* 3 (2003) 329-341

2 S.T. IANNACCONE, *et al.*, "The PedsQL in pediatric patients with Spinal Muscular Atrophy: feasibility, reliability, and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory Generic Core Scales and NeuromuscularModule", en *Neuromuscular Disorders* 19 (2009) 805-812

3 J.R. BACH, *et al.*, "Spinal muscular atrophy type 1 quality of life", en *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation* 82 (2003) 137-142

¿CÓMO INFORMAR SOBRE EL INICIO SEXUAL DE LOS JÓVENES?

CRISTINA LÓPEZ-DEL BURGO, SILVIA CARLOS

ALFONSO OSORIO, JOKIN DE IRALA

Dpto. Medicina Preventiva y Salud Pública, Dpto. Educación e Instituto Cultura y Sociedad, Universidad de Navarra.

cldelburgo@unav.es

Introducción

Numerosos estudios científicos han demostrado que cuanto antes empiece una persona a tener relaciones sexuales, mayor es el riesgo de contagiarse del virus del sida y de otras infecciones de transmisión sexual (ITS). Es por ello, que en el consenso Lancet sobre prevención del sida y otras ITS, se aconseja a los jóvenes retrasar el inicio de las relaciones sexuales. Cuando se afirma que la edad media de inicio sexual es de 16 años, los jóvenes de esta edad suelen creer que la mayoría de su edad son sexualmente activos. Sin embargo, esta interpretación está equivocada porque la media de edad solamente se calcula entre jóvenes que ya han tenido relaciones sexuales. Para conocer cuántos jóvenes de una edad ya han tenido relaciones sexuales hay que fijarse en la proporción de jóvenes de esa edad, que ya son sexualmente activos.

Métodos

Revisión de las encuestas nacionales e internacionales sobre la conducta sexual de los jóvenes para verificar que la media de edad de inicio sexual no refleja adecuadamente cuántos jóvenes de dicha edad tienen ya relaciones sexuales.

Resultados

Según la encuesta IJE-2008, en España la media de edad de inicio sexual en chicos era 16,5 y en chi-

cas 17,2. Sin embargo, entre los de 15-17 años, eran sexualmente activos el 44,2% de los chicos y el 39,9% de las chicas. Siguiendo este ejemplo, se presentarán la edad media de inicio sexual y el porcentaje de jóvenes sexualmente activos por edades de las distintas encuestas internacionales que dispongan de ambos datos.

Conclusión

La proporción de jóvenes en cada edad que ya son sexualmente activos, y no la media de edad de inicio sexual, es la medida más adecuada para conocer la magnitud del inicio sexual.

Referencias

- De Irala J, Osorio A, Carlos S, Ruiz-Canela M, López-del Burgo C. Mean age of first sex: Do they know what we mean? *Arch Sex Behav.* 2011;40:853-5.
- De Irala J, Osorio A, Ruiz-Canela M, Carlos S, & López-del Burgo C. Informing youth about the age of sexual initiation using means or percentages. *Health Communication* (in press).
- Halperin DT et al. The time has come for common ground on preventing sexual transmission of HIV. *Lancet* 2004;364:1913-5.

NEUROÉTICA: ELABORACIÓN DE LOS JUICIOS MORALES VS. ÉTICA DE LAS NEUROCIENCIAS

JUAN ANTONIO MARÍN MARTÍNEZ

Dpto. Humanidades y Ciencias Religiosas, Sección Bioética.

Universidad Católica San Antonio. Murcia

jamarin@ucam.edu

Introducción

A lo largo del siglo XX y en la primera década del siglo XXI, hemos asistido a la gran expansión de las neurociencias tanto en un plano científico como mediático. La biomedicina ha profundizado en aspectos estructurales y fisiológicos del sistema nervioso y del cerebro, relacionándose obviamente con sus repercusiones en la psicología y en la psiquiatría. En paralelo a la expansión de las neurociencias, tiene lugar en la década de los 70 en nacimiento de la Bioética como respuesta a las cuestiones éticas relacionadas con el desarrollo de las altas tecnologías y sus consecuencias en el ser humano, en los seres vivos y en medio ambiente. Los problemas específicos de la interacción de las tecnologías con las neurociencias ha hecho que los científicos se planteen el tratamiento específico de estos dilemas éticos en una disciplina independiente denominada Neuroética. Por otra parte, también puede encontrarse en la bibliografía existente el término Neuroética como la disciplina que explica el nacimiento de los juicios morales en la mente humana. El objetivo de esta comunicación es analizar estos dos enfoques del término Neuroética.

Material y Métodos

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en revistas profesionales, científicas y de divulgación tanto de Bioética como de Neurociencias los principales aspectos definitorios de la Neuroética como disciplina en desarrollo.

Resultados

En 2002 aparece por primera vez el término Neuroética en la literatura científica refiriéndose al *"estudio de las cuestiones éticas, legales y sociales que surgen cuando los hallazgos científicos sobre el cerebro son llevados*

a la práctica médica, a las interpretaciones legales y a las políticas sanitarias y sociales". Se definieron 4 grandes campos a tratar dentro de esta disciplina como punto de partida. 1.- La neurociencia y el yo. 2.- La neurociencia y las políticas sociales. 3.- Neurociencia y ética. 4.- Neurociencia y discurso público.

En 2008 el término Neuroética aparece en la revista de divulgación *Mente y Cerebro* como el estudio de los procesos cerebrales que producen las ideas morales, los conceptos de bien y de mal. Se afirma que *los escenarios que implican una moral personal producen una excitación intensa de la corteza prefrontal medial y en la corteza cingular posterior; y que estas a su vez son las regiones cerebrales que están relacionadas con la elaboración de emociones.*

Conclusiones

1. La Neuroética tiene que ser definida como la parte de la Bioética que se centra en el *"estudio de las cuestiones éticas, legales y sociales que surgen cuando los hallazgos científicos sobre el cerebro son llevados a la práctica médica, a las interpretaciones legales y a las políticas sanitarias y sociales"*.
2. Otras definiciones de neuroética, como las que sugieren Schleim y Walter, (2008), añadirían confusión al concepto. De hecho el estudio de la base neuronal de la elaboración de juicios morales por el cerebro humano se incluiría en el apartado 1 y 3 de los bloques de estudio de la Neuroética definida en 2002.

Bibliografía

Marcus, S.J. (ed), *Neuroethics. Mapping the Field*, The Dana Press, New York. 2007. Schleim, S., Walter, H. Neuroética. *Mente y Cerebro*; 2008; 32:56-61.

PROBLEMAS ÉTICOS DE LAS TECNOLOGÍAS MÉDICAS DE CARÁCTER TERAPÉUTICO

MODESTO FERRER COLOMER

Unidad de la Espalda de la Fundación Kovacs.

Hospital Mesa del Castillo. Murcia.

Plaza Carlos III, 4, 10º C. 30008-MURCIA.

modfercol@gmail.com

Introducción

Los problemas éticos se presentan continuamente en la práctica médica y especialmente en relación con adelantos tecnológicos de carácter diagnóstico y terapéutico. En los últimos años han aumentado las críticas por el uso indebido de esas nuevas tecnologías y las repercusiones que esto tiene sobre la relación entre costos y beneficios.

Material y Métodos

Se realiza una revisión de los fundamentos teóricos y principios más generales de los problemas éticos inherentes a la introducción de nuevas tecnologías, así como la necesidad de su evaluación.

Resultados

Se constata una gran rapidez en la introducción de nuevas tecnologías por la presión de los intereses de la industria y de los potenciales usuarios. Con frecuencia, las novedades son introducidas para su uso generalizado mucho antes de que sea posible evaluar rigurosamente su impacto clínico real, económico y social, con las consecuencias éticas que esto tiene.

Discusión

Es imprescindible una adecuada evaluación sobre la seguridad, eficacia, efectividad, utilidad, impacto eco-

nómico y social de las nuevas tecnologías en base a la mejor evidencia científica disponible.

Conclusiones

El surgimiento de una nueva tecnología sanitaria constituye un dilema ético desde el punto de vista sanitario, político, cultural y social. Las decisiones sobre las nuevas tecnologías deben ser tomadas sobre la base de los resultados de su evaluación.

Bibliografía

- Granados A. "La evaluación de las tecnologías médicas". *Med Clin (Barc)* 1995; 104: 581-585.
- Porta-Serra M., Álvarez-Dardet C, Bolúmar F et al. "La calidad de la información clínica (1): validez". *Med Clin (Barc)* 1987; 89: 741-747.
- Warren KS., Mosteller F. editores. *Doing more good than harm: the evaluation of health care interventions*. Nueva York: New York Academy of the Sciences. 1993
- Jennet B., "Health technology assessment. The rule should be 'no evaluation – no technology'" *British Medical Journal* 1992; 305: 67-68.

"PRESUPUESTOS BIOÉTICOS DE LA DERMATOLOGÍA ESTÉTICA: LA BELLEZA EN LA DIMENSIÓN CULTURAL DE LA NATURALEZA HUMANA"

MARÍA JESÚS SERNA PÉREZ*

ANGELA APARISI MIRALLES**

(*) *Consulta privada:*

Navas de Tolosa 19 - 1º Izq, Pamplona 31002

mjsb29@hotmail.com

(**) *Universidad de Navarra, Facultad de Derecho.*

Introducción

La dermatología es una especialidad médica que se dedica al estudio y tratamiento de las enfermedades de la piel. Desde hace relativamente poco tiempo también se encarga de la realización de tratamientos estéticos para mejorar la calidad y el aspecto de este órgano que es el más expuesto a las agresiones medio-ambientales. El dermatólogo clínico observa desconfiadamente a todos aquellos colegas que se dedican al tratamiento de lesiones que no son verdaderas enfermedades sino variaciones cutáneas que son detectadas por el paciente y que no se reconocen como patológicas sino como variantes de "la normalidad".

Material y Métodos

Revisión bibliográfica de las obras de referencia relevantes sobre la materia objeto del trabajo y las publicaciones más recientes sobre el tema.

Discusión

Ciertamente, en la base de algunos tratamientos dermatológicos subyace, en muchos casos, no tanto el deseo de remediar una patología que afecta a la salud de la persona, como el de mantener la estética de la piel. Esa es la razón por la que, en muchas ocasiones, se atribuye a este acto médico una dimensión de futilidad, de vacío, de falta de importancia para la verdadera

identidad personal. Si bien es cierto que, en muchas ocasiones, tales tratamientos se encuentran en el límite del acto médico, no puede sin embargo, generalizarse este criterio. En realidad, adoptar dicha posición presupondría partir de una noción dualista de la persona humana, en la que solamente la razón, el espíritu, la inteligencia, libertad y voluntad, conforman su identidad básica, despreciando así la dimensión corporal de la persona. Frente a ello, cabe señalar que el ser humano es una compleja interacción entre dimensión racional o espiritual y corporal, por lo que ninguna de ellas debe ser ignorada o despreciada.

Conclusiones

A partir de la investigación llevada a cabo, se ha llegado a la conclusión de que la dermatología estética debe asumir el presupuesto antropológico de que el ser humano no es sólo razón o espíritu, sino también su dimensión corporal. Por lo tanto, la valoración y el aprecio de la belleza del cuerpo ocupa un lugar importante. El ser humano no "tiene" cuerpo, sino que "es" su cuerpo. Y en este contexto, puede afirmarse que la aspiración a la belleza, en un contexto de armonía con el resto de aspiraciones (a la verdad y a la bondad), es algo inherente al ser humano. Es más, cuando se lleva a cabo de manera ordenada, de alguna manera lo reconforta espiritualmente, contribuyendo a dotar a la integridad de su ser de una mayor coherencia.

Bibliografía

1. Penso Assathiany D, Michaud T, Halioua B, Consoli S. L'intervencion esthétique. Regards croisés sur le consentement et l'information. *Ann Dermatol Venerol* 2010;137:844-55.
2. Ringel EW. The Morality of Cosmetic Surgery for Aging. *Arch Dermatol* 1998;134:427-31.
3. Penso-Assathiany D, Cribier B, Petit A, Wolkenstein P, Consoli S. Prende des risques pour ces maladies qui empêchent de vivre: l'exemple des dermatoses affichantes du visage. *Ann Dermatol Venerol* 2010;137:72-77.
4. Pellegrino Ed, Thomasma DC. *For the Patients Good*. New York: Oxford University Press: 1988.
5. Jonsen A. *Fall of Asclepius: Medicine, Morality and Money*. *Plast Reconstr Surg* 1988;82(1):147-50.

EL VALOR NO EUGENÉSICO DEL DIAGNÓSTICO PRENATAL

MERCEDES MEDINA MANUEL, JUAN LUIS DELGADO MARÍN
FLORENTINA HERNÁNDEZ MARTÍNEZ

Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor. Murcia;
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

Introducción

El desarrollo de las técnicas ecográficas nos ha permitido asomarnos al vientre materno. Mucho se ha hablado de la utilidad real de estas técnicas, puesto que su perfeccionamiento y uso rutinario han supuesto el diagnóstico de malformaciones fetales, lo que ha dado lugar a un nuevo tipo de aborto: el aborto eugenésico. Nos planteamos si estas técnicas suponen alguna ventaja para el bebé, cuya intimidad se ve violada en un momento en el que se encuentra sumamente desprotegido.

Objetivos

Analizar si la ecografía prenatal posee un valor no eugenésico que pueda suponer un beneficio al fruto de la concepción. Valorar si la forma de presentar la información a los padres una vez diagnosticada una patología en el feto, por medio de un equipo multidisciplinar que incluya a Pediatras y Cirujanos pediátricos, puede contribuir a disminuir su ansiedad y ayudar a que se decanten por proseguir el embarazo.

Material y Métodos

Actualización del tema mediante búsqueda bibliográfica. Trabajo de campo: Acercándonos a una consulta de Patología fetal, con un enfoque multidisciplinar, y evaluando si han existido ventajas para los pacientes fetales derivadas del diagnóstico prenatal.

Resultados

En una serie de 70 casos analizados en Consulta de Patología fetal, se pudieron beneficiar 16 pacien-

tes fetales, de los cuales 10 fueron valorados por pediatría, 1 medicalizado prenatalmente, 2 fueron subsidiarios de intervencionismo prenatal, y a 3 se les adelantó el nacimiento para iniciar tratamiento rápidamente.

Discusión

La ecografía prenatal es capaz de detectar patologías cuyo diagnóstico precoz va a suponer un beneficio importante para el feto, que puede ser tratado intrauterinamente o valorado por parte de pediatría, lo que posibilitará planificar la cirugía y elegir el centro de nacimiento.

Conclusiones

En tanto en cuanto la ecografía pueda suponer un beneficio potencialmente importante para el fruto de la concepción, será ética su realización.

Bibliografía

- Rodríguez Martín, E. "Diagnóstico prenatal y aborto eugenésico", en Germán Zurriaráin, R. *La desprotección del no nacido en el siglo XXI*, Eiunsa, Madrid, 2012: Cap 5;109-150.
- Peiró, JL. et al. "Tratamiento Intrauterino de la hernia diafragmática congénita grave mediante oclusión traqueal fetoscópica. Protocolo europeo de colaboración", *Revista de Cirugía Infantil*, 15, 2005: 28-33.
- Glasmeyer, P. Grande, C. Margarit, J. Marti, M. Torino, JR. Miranda, A. Sans, A.; "Gastrosquisis. Cesarea electiva pretérmino y cierre primario inmediato; nuestra experiencia", *Cirugía Pediátrica*, 2010; 25: 12-15.

EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE INMERSIÓN CLÍNICA PRECOZ EN UN GRADO DE MEDICINA MEDIANTE EL ANÁLISIS DEL IMPACTO EN LA SENSIBILIDAD ÉTICA DEL ALUMNADO

DIANA MONGE MARTÍN, RICARDO ABENGÓZAR MUELA
CRISTINA GARCÍA DE LEONARDO, FERNANDO CABALLERO MARTÍNEZ
Universidad Francisco de Vitoria

Ricardo Abengózar Muela.

Universidad Francisco de Vitoria; Carretera Pozuelo-Majadahonda, Km. 1,800

28223 Pozuelo de Alarcón (Madrid)

r.abengozar.prof@ufv.es

Introducción

Nuestros alumnos de primero y segundo del Grado de Medicina realizan un programa de inmersión clínica precoz (ICP) mediante la observación reflexiva durante estancias clínicas en Atención Primaria, hospitales, servicios de emergencias, centros psiquiátricos y de paliativos. Las ventajas demostradas de los programas son la mejor adquisición de valores profesionales, de habilidades interpersonales y de conocimiento del sistema sanitario, entre otros. Nos preguntamos cómo puede afectar nuestro programa de ICP a la sensibilidad ética del alumnado (su capacidad de detectar problemas éticos en la práctica clínica). En la literatura internacional se ha objetivado una disminución paulatina de la sensibilidad ética en estudiantes de medicina conforme pasan a cursos superiores¹.

Material y métodos

Hemos medido la sensibilidad ética mediante el PIT² (*Problems Identification Test*) en el que los alumnos deben identificar los problemas éticos de cuatro escenarios clínicos que se categorizan según los principios clásicos de la bioética. La puntuación máxima posible es de 29

1 Hébert PC, Meslin EM, Dunn EV. Measuring the ethical sensitivity of medical students: a study at the University of Toronto. *Journal of medical ethics*, 1992, 18, 142-147.

2 Hébert P, Meslin E, Dunn E V, Byrne N, Reid R. Evaluating ethical sensitivity in medical students: using vignettes as an instrument. *Journal of medical ethics* 1990; 16: 141-145.

puntos. Un evaluador universal ha corregido los tests según el *gold standart* definido en la herramienta.

Resultados

Han respondido un total de 219 alumnos, 126 de primero (70% mujeres), 51 de segundo (75% mujeres) y 42 de tercero (77% mujeres). La puntuación media de la sensibilidad ética de los alumnos es en 1º de 8.6, en 2º de 9.1, y en 3º de 10.1 (ANOVA $p=0.001$).

Discusión

Frente a la progresiva disminución de la sensibilidad ética encontrada en la bibliografía en los alumnos de medicina conforme pasan de curso^{1,3} hemos encontrado un incremento progresivo y significativo de la misma entre los alumnos de 1º, 2º y 3º. Esta mejoría podría estar relacionada con el programa de ICP realizada en nuestra universidad.

Conclusión

Se constata que nuestro modelo de ICP puede influir positivamente en la mejora en la sensibilidad ética de nuestros alumnos, además de los beneficios ya descritos en la literatura.

3 Nishimura T, Miyasaka M, Akabayashi A, Kai I, Ohi G: The Development of Evaluation Method for Bioethics Education in Japan: a questionnaire for measuring the ethical problem identification ability. *Journal of Japan Association for Bioethics* 1995, 5(1):73-77.

IMPACTO EN LA SENSIBILIDAD ÉTICA DE ESTUDIANTES DE MEDICINA DE UN SEMINARIO ITINERANTE A LUGARES DE MEMORIA DE LA MEDICINA NAZI

RICARDO ABENGÓZAR MUELA*

DIANA MONGE MARTÍN*, CRISTINA GARCÍA DE LEONARDO*,
FERNANDO LORENZO LEGO**, FERNANDO CABALLERO MARTÍNEZ*.

(* *Universidad Francisco de Vitoria*

(**) *Cátedra UNESCO de Bioética y Derechos Humanos, Roma, Italia.*

Ricardo Abengózar Muela. Universidad Francisco de Vitoria; Carretera Pozuelo-Majadahonda, Km. 1,800; 28223 Pozuelo de Alarcón (Madrid)

r.abengozar.prof@ufv.es

Introducción

Intentando fomentar el espíritu de innovación docente mediante el aprendizaje por descubrimiento y a través de experiencias vivenciales y reflexivas, en el marco del Plan Bolonia, se diseñó un seminario itinerante por los lugares de memoria de la medicina nazi. Nos hemos preguntado cuál ha sido el impacto en la sensibilidad ética (capacidad de detectar problemas éticos) de esta iniciativa en nuestros alumnos. Está descrita la disminución paulatina de la sensibilidad ética en estudiantes de medicina conforme pasan a cursos superiores¹.

Material y métodos

Han participado en el seminario itinerante de forma voluntaria 16 alumnos que iban a iniciar 3º de Medicina. Hemos medido la sensibilidad ética mediante el PIT² (*Problems Identification Test*) en el que los alumnos deben identificar los problemas éticos de cuatro escenarios clínicos que se categorizan según los principios clásicos de la bioética. La puntuación máxima posible es de 29 puntos. Un evaluador universal ha corregido los tests según el *gold standart* definido en la herramienta.

1 Hébert PC, Meslin EM, Dunn EV. Measuring the ethical sensitivity of medical students: a study at the University of Toronto. *Journal of medical ethics*, 1992, 18, 142-147.

2 Hébert P, Meslin E, Dunn E V, Byrne N, Reid R. Evaluating ethical sensitivity in medical students: using vignettes as an instrument. *Journal of medical ethics* 1990; 16: 141-145.

Resultados

Han respondido un total de 42 alumnos (16 que participaron en el seminario itinerante y 26 del mismo curso que no participaron). La puntuación media de la sensibilidad ética de los alumnos que han participado en el seminario itinerante es de 11,8 frente a los que no participaron que fue de 9,8 puntos. Esta diferencia estadísticamente significativa ($p=0.05$).

Discusión

Aunque hay otras experiencias similares con estudiantes en otros países, es la primera vez que se lleva a cabo en una universidad española un seminario itinerante a lugares de memoria de la medicina nazi con estudiantes de medicina. No hemos encontrado en la literatura internacional ningún trabajo en el que se compruebe el impacto positivo de este tipo de experiencias en la sensibilidad ética de los alumnos.

Conclusión

Actividades vivenciales como la presentada parecen tener un particular impacto en la formación ética de los estudiantes de medicina. En este área la formación médica tradicional no ha demostrado beneficios. Se plantea la oportunidad de innovación docente mediante estas experiencias vivenciales.

¿ES ÉTICO EMPLEAR LA HOMEOPATÍA EN LA PRÁCTICA PEDIÁTRICA DIARIA? UN DILEMA A RESPONDER.

FRANCISCO CARRILLO NAVARRO, EFRAIM CARRILLO CAÑAVERAS.

Servicio Murciano Salud. Universidad Murcia.

carrillodr@gmail.com

Introducción

La homeopatía se emplea desde que S. Hahnemann en 1810 definió sus principios. Al ser cuestionada por sectores de la comunidad médica ha dado lugar a controversias.

Hace varios años nos planteamos algunos interrogantes. ¿Es ético emplear la homeopatía? ¿Presenta conflictos éticos su práctica?. A través de una serie de actividades de formación e investigación hemos tratado de responderlos.

Material y Métodos

En 2008 realizamos en la UNED el curso de “especialista universitario en homeopatía pediátrica y fitoterapia”. En 2010 “especialista universitario en homeopatía de la universidad de Murcia”. Diseñamos protocolos para tratar con homeopatía enfermedades que carecen de tratamientos satisfactorios y en 2011 dirigimos dentro del máster de Bioética un TFM sobre “conflictos éticos en homeopatía” con numerosas referencias y valorado con la máxima puntuación.¹

Resultados

Nuestros esfuerzos nos llevaron a constatar los beneficios positivos que se podían apreciar en los enfermos con su empleo. Además de los resultados personales de los médicos que la emplean, numerosos estudios de

medicina basada en la evidencia² permiten valorar objetivamente los resultados de la terapia homeopática, dándole una validez irrefutable dentro de la comunidad médica, que aunque no es absoluta, sirve para aconsejar a los médicos su práctica e invitar a los gobiernos a realizar más estudios independientes.

Discusión

Tras valorar esta controversia en el contexto de nuestra docencia de bioética decidimos estudiar los diferentes dilemas éticos que plantea su práctica bajo el prisma de las distintas corrientes bioéticas, analizando su cualidad moral.

Conclusiones

La terapia homeopática desde el punto de vista ético de las teorías liberal-radical, utilitarista y principalista, no presenta grandes dilemas éticos. Desde la ética personalista, el médico homeópata deberá asumir algunos principios si quiere hacer una práctica médica ética, lícita y equiparable a otras terapéuticas. La opinión mayoritaria de la comunidad científica internacional es que la homeopatía debe ser parte de la farmacopea disponible para el tratamiento de enfermedades con el fin de conseguir la curación o mejoría integral de la persona (Medicina integrativa).

1 Méndez Cánovas, E.M^º; Carrillo Navarro, F; Luna Maldonado A. Homeopatía: Conflictos Bioéticos en su empleo. Trabajo Fin de Máster presentado el curso 2010-11. http://www.um.es/document_library/get_file?uuid=0f7991ce-107a-41e0-a144-4d7dcf3233d7&groupId=115466

2 Van Wassenhoven, M. “Marco científico de la homeopatía”. Documento del LXV Congreso LMHI 2010.

ASPECTOS ÉTICOS RELEVANTES EN EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO

JOANA ESPINOSA PÉREZ, ROSA M^a SIMÓ MARTÍNEZ
Comité de Ética para la Atención Sanitaria. Oviedo.
joanaespe@telecable.es

Objeto de la reflexión

Actualmente en España hay un 22,7 % de personas mayores de 60 años y según cálculos del Fondo de Población de la ONU (UNFPA) en 2050 el porcentaje será del 38,3%. Esta realidad social obliga a encontrar nuevos enfoques en relación a los cuidados médicos, necesidades de la sociedad, jubilación, intereses políticos, relaciones entre generaciones etc. Las personas de más de 60 años van adquiriendo conciencia de su "poder social", se asocian y reivindican unos derechos que en justicia, les pertenecen.

Argumentación

En el s.XXI asistimos a una transformación social con predominio de personas mayores, debido a un aumento de la esperanza de vida y disminución de las tasas de natalidad. El envejecimiento es variable según la persona. Hay que distinguir la edad cronológica, la edad biológica o funcional y la edad social o de relevancia en la sociedad, marcada por la jubilación. Se tienden a confundir los términos de ancianidad, discapacidad y dependencia. Ageísmo es el conjunto de valores, contravalores y actitudes peyorativas que vienen a marginar y excluir en todos los órdenes de la vida social a la persona mayor, esto es un hecho real y comprobado en nuestra sociedad;

pero esta exclusión social no se debe al hecho biológico de la edad, sino que viene a ser la consecuencia de una organización social y económica basada en la capacidad personal de producción. En el sistema social occidental se atropellan derechos de las personas del grupo de 3^a y 4^a edades: dignidad, valoración, realización personal... y se consienten abusos, discriminación, relegación... Esto es denunciado por las diversas asociaciones de personas mayores que reclaman su protagonismo y responsabilidad social. Surge el movimiento "senior" o de mayores socialmente comprometidos que intenta devolver a la sociedad unos valores éticos y espirituales que han sido desvalorizados y lograr la construcción de una sociedad no dividida en grupos de edades para que no se desaproveche el potencial de saber, facultad y experiencia de una parte importante de la humanidad.

Conclusiones

1) En la sociedad occidental se valora a la persona que produce. 2) La jubilación se establece según edad y no cuando se deja de rendir. 3) La misma sociedad desdeña a la persona que ha dejado en situación de no producir. 4) Las personas mayores activas tratan de cambiar los valores sociales actuales.

ASPECTOS POSITIVOS DE DIFERENTES PLANTEAMIENTOS ÉTICOS DE ACUERDO CON UNA BIOÉTICA FUNDAMENTADA EN LA DIGNIDAD HUMANA

MONTserrat GÓMEZ LIGÜERRE^{**}, IGNASI PUIG DEL CASTILLO^{**},^{***}

ISABEL VILADOMIU OLIVÉ^{**},^{****} E INÉS ESPALLARGAS VARGAS^{**},^{*****}

(*) *Enfermera referente de UCI y Recursos Materiales. Hospital Ntra Senyora de Meritxell. Andorra.*

(**) *Associació Catalana d'Estudis Bioètics.*

(***) *Servicio de Digestivo. Hospital Sant Joan de Déu. Manresa.*

(****) *Institut d'Estudis Superiors de Bioètica. Universitat Internacional de Catalunya.*

(*****) *Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell.*

info@bioetica.cat

Introducción

No todas las corrientes bioéticas tienen como punto de partida la dignidad de las personas. Sin embargo podrían aportar conceptos, valores e intuiciones acordes con la dignidad humana. El objetivo de este trabajo es valorar qué aspectos se podrían considerar en una bioética que ponga como fundamento incuestionable la dignidad de toda persona.

Métodos

Se recogieron los principales modelos bioéticos y métodos de razonamiento ético (ética contractualista, utilitarismo, proporcionalismo/consecuencialismo, principialismo y personalismo). Dos autores con una visión unitaria de la persona (MG e IP) analizaron y resumieron por separado el concepto, los aspectos positivos y negativos de cada corriente, así como el papel que podrían tener en una bioética que tuviera como punto de partida la dignidad de toda la persona. Los desacuerdos fueron discutidos con otros 2 bioeticistas (IE e IV).

Resultados

Las intuiciones positivas y las limitaciones que plantean cada corriente bioética podrían ser:

1) El consenso debería intentar buscarse para mayor factibilidad de las soluciones propuestas. Sin embargo no podría considerarse el origen de la verdad, podría excluir opiniones minoritarias y podría ser una fuente de elusión de responsabilidad.

2) El estado del bienestar, la calidad de vida y la utilidad que presta un individuo a la sociedad son valores positivos si se enmarcan en la dignidad individual de todas las personas. Sin embargo, la absolutización de estos objetivos podría llevar a discriminar a discapacitados, individuos con mala calidad de vida percibida o subjetiva e individuos a los que la sociedad les debe proporcionar más recursos. Las decisiones médicas (principalmente de adecuar el esfuerzo terapéutico) serían más acordes con la dignidad intrínseca de las personas si son tomadas en función de un principio de vitalidad integral (estado funcional, cognitivo, nutricional, comorbilidad, personalidad, calidad de vida, expectativas vitales, etc) que le haga insoportable la intervención, en vez de exclusivamente por la calidad de vida.

3) La valoración de las consecuencias podría ayudar a configurar el objeto moral. Sin embargo, una vez configurado el objeto moral teniendo en cuenta todos los elementos necesarios, las consecuencias no podrían cambiar este objeto. En este sentido, la valoración moral

fundamentada exclusivamente en la ponderación de las consecuencias podría conducir a aceptar acciones contrarias a la dignidad de una persona y aceptar unos medios y un objeto moral reprobables si las consecuencias fuesen más positivas que negativas. El principio del doble efecto podría ser una aproximación para comprender el objeto moral de algunas acciones, aunque tendría sus limitaciones y no ayudaría a comprenderlo en algunas situaciones.

4) Los principios de Belmont, así como otros principios, podrían ayudar a la sistematización de la valoración bioética. Sin embargo los principios de Belmont deberían ser derivados de la dignidad intrínseca humana, ya que podría suponer un reduccionismo y una extrapolación de unos principios resaltados en el contexto de abusos previos en experimentación clínica.

5) El personalismo posee una fundamentación antropológica sólida compatible con el respeto por la dignidad de las personas. Sin embargo, los razonamientos a veces pueden ser no tan inmediatos o sistemáticos como los de otras corrientes.

Conclusiones

La absolutización de los conceptos esenciales que defienden la ética de consenso, el utilitarismo, el consecuencialismo/proporcionalismo y el principialismo podría conducir a acciones contrarias a la dignidad humana. Sin embargo estas corrientes pueden aportar conceptos, valores e intuiciones válidas para una bioética que ponga como punto de partida la dignidad de la persona.

LA VULNERABILIDAD EN LOS MODELOS DE LA BIOÉTICA CONTEMPORÁNEA

ISABEL MORALES, ANDREA RODRÍGUEZ

Universitat Internacional de Catalunya

Josep Trueta, s/n. Sant Cugat del Vallès. Barcelona. 08195.

imorales@uic.es

arodriguezp@uic.es

Introducción

Ante la difusa variedad de modelos bioéticos que existen en la actualidad y la crisis de fundamentación y de diálogo que se producen en los debates, nos planteamos hallar un principio común que sirva de base y de eje transversal para una práctica fructífera de la bioética.

A tal efecto, proponemos el concepto de vulnerabilidad como posible vértice, alrededor del cual giran tanto las vidas humanas como las reflexiones sobre los derechos y los deberes que les afectan. Tres son las cuestiones que trazamos: ¿es lícito preguntarse sobre la vulnerabilidad como principio ontológico del ser humano y, por ende, como principio epistemológico de la bioética? En tal caso, ¿es posible? Y aún más: ¿es válido?

Para ello exploramos y comparamos dicha idea en los principales paradigmas de la bioética contemporánea.

Palabras clave

Vulnerabilidad, modelos, bioética, dignidad, reconocimiento, autonomía.

Bibliografía

- Alicia I. Losoviz, Daniel A. Vidal, Alcira Bonilla, Bioética y Salud Mental. *Intersecciones y dilemas*. Akadia, Buenos Aires, 2006.
- Feito, L. Vulnerabilidad (2007). En An. Sist. Sanit. Navar. 2007 Vol. 30, Suplemento 3.
- Sgreccia, E. *Manual de Bioética*, Biblioteca de Autores Cristianos, Madrid, 2007.

¿QUÉ OPINAN LOS PROFESIONALES SANITARIOS SOBRE “EL INTERÉS DEL MENOR”?

FRANCISCO CARRILLO NAVARRO, MARIANO LEAL HERNÁNDEZ,
EFRAIM CARRILLO CAÑAVÉRAS, ISRAEL CARRILLO CAÑAVÉRAS,
AURELIO LUNA MALDONADO
Servicio Murciano Salud. Universidad Murcia.
carrillodr@gmail.com

Introducción

En la práctica diaria de la medicina infantil muchos pediatras se plantean una serie de cuestiones relacionadas con los conflictos en los que se ven inmersos al tomar decisiones que afectan a la salud de los niños, planteándose interrogantes como: ¿Que sistemas de garantías hay para impedir que el menor sufra daños derivados de una decisión inadecuada?¹ Esta comunicación sobre “el mejor interés del menor” forma parte de una investigación donde estudiamos los conflictos éticos en la toma de decisiones del entorno asistencial sanitario pediátrico.

Material y Método

Estudio descriptivo mediante encuesta, que analiza los conflictos éticos producidos en la asistencia pediátrica que se da en el Servicio Murciano de Salud, a niños procedentes del divorcio con custodia compartida. Tras un análisis bibliográfico exhaustivo de artículos relacionados con el tema, se ha diseñado una encuesta con 39 ítems pasándose a todos los médicos que intervienen en la asistencia pediátrica. De los 39 ítems se han seleccionado para esta exposición los 4 siguientes:

- 1.- ¿Cómo definiría lo que es mejor para el menor?.
- 2.- ¿Cuál es el aspecto más importante para establecer lo que es el interés legítimo para el menor?.
- 3.- Ante un conflicto en el que piensa que la decisión de los padres perjudica a la salud del menor o va en contra del menor. ¿Qué haría?.

4.- ¿Los médicos tenemos la obligación de intervenir en nombre del menor si pensamos que los padres toman decisiones equivocadas?.

Resultados

Contestan 39 médicos. En el primer ítem, el 38,5% (15) responden “Lo que yo haría si fuese mi hijo” el 25,6% (10) “Lo que más se ajustase a las creencias y ética familiar del niño”, ninguno respondió “Lo que considerasen sus padres”. El 35,9% (14) respondió “Ninguna de las anteriores”. En el segundo ítem respondió el 54,6% (22) “La ética”, el 38,5% (15) “La legislación vigente” y el 2,6% (1) la opinión de los padres. En el tercer ítem respondió el 56,4% (22) “Lo comunicaría al juez de guardia” y el 28,2% (11) “Lo comunicaría al fiscal de menores”. El 15,4% (6) respondieron otros. El cuarto ítem, el 89,7% (35) respondieron “Sí” y el 10,3% (4) “No lo tengo claro”.

Discusión

Los resultados obtenidos muestran la gran importancia que le dan los pediatras a los valores éticos en su práctica clínica habitual pues más de la mitad de los encuestados consideran la ética factor clave para determinar el interés del menor y casi el 90% de ellos intervendrían a favor del menor si el padre toma una decisión equivocada.²

Conclusiones

La ética es una pieza clave en la práctica clínica para determinar el interés legítimo del menor.

1 Vasinova M. Ethical dilemmas in pediatrics. *Med Law* 2000; 19:569-589.

2 Fleischman AR, Collogan L. Addressing ethical issues in everyday practice. *Pediatric Annals* 2004; 33:740-744.

EL TRATAMIENTO DEL EMBRIÓN HUMANO COMO PACIENTE EN EL ÁMBITO BIOSANITARIO

EMILIO GARCÍA SÁNCHEZ, NURIA MAS HURTUNA,

ALBA FERRER GRATACÓS, VANESSA FOIS GONZÁLEZ

Universidad CEU Cardenal Herrera. Dpto. CC. Políticas, Ética y Sociología.

C/ Luis Vives 1, 46115. Alfara del Patriarca. Valencia. Telf.: 96 136 90 00 Ext. 2421 Fax: 96 139 52 72

emilio.garcia@uch.ceu.es; mashurmar@alumnos.uchceu.es; fergraalb@alumnos.uchceu.es; foigonvan@alumnos.uchceu.es

Introducción

La ciencia médica y particularmente la embriología científica reconocen que biológicamente el inicio de la vida humana comienza con la fecundación. La fusión de los gametos da como resultado el cigoto que constituye desde ese estado unicelular un organismo vivo poseedor de un genoma distinto al de sus progenitores, un genoma específico que le caracteriza, identifica y pertenece a lo largo de toda su vida y que le permite desarrollarse como lo que ya es, un ser humano individual. Si por otra parte, atendemos a las definiciones que la Medicina y especialmente la Enfermería actuales dan sobre lo que es un paciente, considerado como todo ser humano que independientemente de su estado de salud o enfermedad, entra en una relación profesional personal terapéutica con el médico y la enfermera (Prado et al, 1993), no vemos inconvenientes en aplicar esas mismas características al embrión humano de tal modo que este se ha considerado desde su constitución también como un paciente más. Con este trabajo nos proponemos estudiar si el embrión humano — desde su estado unicelular es considerado o no como un paciente más en el ámbito biosanitario.

Material y métodos

Para llevar a cabo este objetivo realizamos una investigación bibliográfica, revisando de la literatura biomédica/biosanitaria, fundamentalmente los manuales de medicina y enfermería, así como revistas científicas de esas mismas áreas. En estas fuentes buscamos si explícitamente o al menos implícita aparece tratado el embrión como paciente, utilizando como palabra clave: embrión como paciente, medicina embrionaria. Por otra parte hemos accedido a centros sanitarios de renombre para confirmar si en ellos existen áreas de medicina embrionaria o similares. Asimismo

mo y por último hemos buscado información acerca de Congresos o Reuniones científicas que hayan tenido como tema monográfico el embrión como paciente.

Resultados y discusión

Los resultados obtenidos indican una ausencia generalizada del tratamiento del embrión como paciente en los ámbitos seleccionados, aunque notamos que al menos, implícitamente, existen en el ámbito de la enfermería algunas referencias a tratar al embrión como un paciente autónomo.

Conclusión

Planteamos una propuesta dirigida al estudio y a la consideración del embrión como un paciente que debería ser tenido en cuenta como tal en la atención sanitaria por parte de médicos y enfermeros. Sugerimos fomentar a nivel científico estudios e investigaciones que tenga como objeto la consideración del embrión como paciente. Con todo buscamos alcanzar una mayor protección, respeto y cuidado del que consideramos el menor y más vulnerable de los pacientes.

Bibliografía

- Pardo, J.M. (2011). El no nacido como paciente. (12-24). Pamplona: Eunsa.
- Prado, M.C., Calvo, E. (1996). Fundamentos Teóricos y Cuidados de Enfermería. En J. Hernández, P. Moral y M. Ruzafa (comps.), *Teorías y modelos de Enfermería*(110150). Madrid: Síntesis.
- VV.AA. Congreso de médicos "Embrión como paciente". Universidad de la Sapienza (Roma 2002) <http://www.bioeticaweb.com/content/view/648/791/>.

LOS TIEMPOS DEL AYER. RESPONSABILIDAD Y MEMORIA

JOSÉ-ANTONIO SANTOS
Universidad Rey Juan Carlos
Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales
 Paseo de los Artilleros s/n. 28032 Madrid
 joseantonio.santos@urjc.es

Introducción

En el contexto de la modernidad ampliada, se sostiene como hipótesis la no justificación jurídica ni moral de la eutanasia precoz a la vista de lo sucedido en el pasado, partiendo de los conceptos de naturaleza y dignidad humanas. La base radica en una concepción hermenéutica, atravesada por la memoria, que entienda la relación con el discapacitado desde la responsabilidad y la prudencia contrapuesta a la compasión y a la deliberación.

Material y métodos

Se maneja una bibliografía plural no sólo para apoyar la postura defendida, sino también para analizar perspectivas opuestas. Se parte de una definición de la naturaleza y la dignidad humanas dentro de un discurso hermenéutico en defensa del ser humano, que argumente *racionalmente* ante hechos *irracionales*.

Resultados

Clarificar los términos de naturaleza y dignidad humanas para no justificar ni moral ni jurídicamente la eutanasia precoz, salvo en casos de inviabilidad fetal. La concepción hermenéutica ayuda a analizar el presente teniendo en cuenta el pasado en base a una actitud prudente y responsable. En la bibliografía actual a veces son patentes posturas individualistas y simplistas; por el contrario, se parte de una visión comprometida y no falseadora de la realidad.

Discusión

La naturaleza humana es aquel modo de ser del individuo de la especie humana, que incluye una serie de elementos comunes debida a factores genéticos y al medio en el que éste se desenvuelve. La dignidad humana es una cualidad que atribuye un merecimiento a un individuo por su mera pertenencia a la especie humana, no estableciendo distinciones entre personas y seres humanos. Desde otra postura, Singer opta por negar la igualdad política de los individuos de la especie humana, estableciendo una jerarquía centrada en el grado de desarrollo cognitivo.

Conclusiones

No justificar la eutanasia precoz o el aborto postnatal por entender el carácter indisponible del ser humano, que sólo puede ser limitado en casos excepcionales. Definir naturaleza y dignidad humanas sin caer en eclecticismos.

Abogar por un pensar mirando atrás que implique un deber de no olvidar centrado en la prudencia y la responsabilidad.

Bibliografía

- Habermas, *Die Zukunft der menschlichen Natur*, Frankfurt am Main, 2001.
 Ricoeur, *La mémoire, l'histoire, l'oubli*, Paris, 2000.
 Singer, *Unsanctifying Human Life*, Oxford, 2001.

ECOÉTICA, ESTILOS DE VIDA Y DOCTRINA SOCIAL DE LA IGLESIA

PEDRO HERNÁNDEZ VERDÚ*, JUAN ANTONIO MARÍN MARTÍNEZ**

(*) *Dpto. Religión Colegio Monteagudo Murcia*

(**) *Dpto. Humanidades y Ciencias Religiosas, Sección Bioética.*

Universidad Católica San Antonio Murcia

Colegio Monteagudo. Carril de la Condomina, 13, 30006, Murcia.*

phernandez@fomento.edu*

Universidad Católica San Antonio, Campus de Los Jerónimos, s/n Guadalupe, 30107, Murcia**

jamarin@fomento.edu**

Desde finales del siglo XX y sobre todo en los primeros años de este siglo, ante la creciente degradación del medioambiente, se ha desarrollado en la sociedad una conciencia preocupada por la ecología. De modo especial destacan todo tipo de movimientos y asociaciones fundamentados en una ética filosófica de muy diverso tipo.

Si nos centramos en los movimientos que, más allá del cuidado de aspectos técnicos, pretenden modificar formas de vida no sólo en los individuos sino en la sociedad, en sus relaciones comerciales, abandonando el consumismo como modelo de crecimiento, podríamos señalar en España y Europa cuatro como los más importantes en extensión y en profundidad de pensamiento.

- El Movimiento Slow, cuyo mejor paradigma son las Slow Cities, frente al ritmo de vida frenético y de rápido consumo, defiende la necesidad del respeto al verdadero tempo vital de la naturaleza humana y del entorno, buscando la contemplación como fuente de auténtico crecimiento humano, cuidando las relaciones personales, el medioambiente y los productos agrícolas y pequeños negocios de la zona.
- El Movimiento de Transición, que afirma que la expresión "crecimiento sostenible" es una contradicción *in terminis*: no es posible mantener el actual sistema económico sin que se degrade el medioambiente y sin que haya injusticias graves a nivel mundial. Es necesario ecoalfabetizar a la sociedad para saber vivir con menos y que se produzca una verdadera resiliencia.

- Los Hogares Verdes, programa educativo promovido por el Ministerio de Agricultura, Alimentación y Medioambiente, para familias que quieran cambiar sus hábitos cotidianos hacia un menor consumo doméstico y una compra más ética y ecológica.
- Los Grupos de Consumo, conjunto de personas del mismo ámbito territorial que se agrupan con el objetivo de poner en marcha un sistema de consumo alternativo al imperante; es decir, un consumo respetuoso con el medioambiente, ecológico, sostenible, que fomente relaciones directas entre productores y consumidores, eliminando intermediarios, impulse el desarrollo rural de su ámbito geográfico y consolide circuitos cortos de comercialización.

La mayoría de las corrientes éticas, salvo excepciones, critican una concepción antropocéntrica, viéndola como causa de la destrucción del ecosistema planetario. Entre estas corrientes actuales podemos citar como más representativas el sensocentrismo, el biocentrismo de Taylor o Singer, la ecología profunda de Naess, y algunos proyectos ya conocidos como el "Proyecto Gran Simio", "Carta de la Tierra" y "Ética Planetaria". No faltan quienes ven especialmente el "*dominad la tierra*" del Génesis como una justificación religiosa de esta concepción antropocéntrica que destruye el planeta (1).

Sin embargo la doctrina social de la Iglesia Católica (2) y los Papas de la segunda mitad del siglo XX, desde Juan XXIII hasta el recién elegido Francisco, y muy especialmente Juan Pablo II y Benedicto XVI, han manifesta-

do expresamente su interés por el problema del medio ambiente, sobre todo en sus mensajes para la Jornada Mundial de la Paz de 1990 y 2010 respectivamente. Según la Iglesia esta degradación ecológica es precisamente reflejo y consecuencia de una degradación ética del hombre. Juan Pablo II afirmó: “*Los graves problemas ecológicos requieren un efectivo cambio de mentalidad que lleve a adoptar nuevos estilos de vida, a tenor de los cuales la búsqueda de la verdad, de la belleza y del bien, así como la comunión con los demás hombres para un desarrollo común, sean los elementos que determinen las opciones del consumo, de los ahorros y de las inversiones*” (3).

Como conclusión, parece clara la concordancia entre movimientos ecologistas y la Doctrina Social de

la Iglesia, indicando que el problema del medio ambiente necesita para su verdadera solución un enfoque ético, un humanismo solidario y respetuoso con el medioambiente.

Bibliografía

- (1) Esta última cuestión aparece expuesta en *Iglesia católica y medio ambiente*, M^a Rosa García Vilardell y otros. Instituto de Disciplinas y Estudios Ambientales CEU Universidad Cardenal Herrera. Editorial Dykinson, S.L., Madrid, 2012., Capítulo 1.
- (2) *Compendio de la Doctrina Social de la Iglesia*. Sobre todo el capítulo X. 1991. www.vatican.va
- (3) Carta encíclica *Centesimus annus*, 36. Juan Pablo II. 1991. www.vatican.va