



Resúmenes de las Comunicaciones

**XII CONGRESO INTERNACIONAL DE LA ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA DE BOÉTICA Y ÉTICA MÉDICA**

(Universidad CEU Cardenal Herrera, Valencia

25-26 de Octubre de 2019)



RETOS ÉTICOS FRENTE AL AUMENTO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

CARMEN DE MENDOZA^{1,2}, MARÍA JOSÉ POZUELO¹ Y VICENTE SORIANO³

¹Departamento de Microbiología, Universidad CEU-San Pablo, Madrid; ²Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid; ³Facultad de Ciencias de la Salud, UNIR, Madrid

1. Introducción

Las ITS disminuyeron desde los 80 hasta principios del nuevo milenio. Desde entonces han ido en aumento, con un rebrote de las clásicas ITS (sífilis, gonorrea, clamidia y tricomonas) y sus complicaciones (infertilidad, etc), así como la irrupción de nuevos agentes de ITS (meningococo, hepatitis A y C).

2. Métodos

En abril 2019 se organizó una sesión extraordinaria sobre ITS en la Universidad CEU-San Pablo de Madrid para estudiantes de ciencias biosanitarias. Participaron como moderador y ponentes los firmantes.

3. Resultados

Se identificaron 6 causas del rebrote de ITS: 1) la pérdida del miedo al VIH/SIDA, dada la efectividad de los antirretrovirales para reducir la transmisión a los no infectados (*TasP, treatment-as-prevention*) y el contagio por los no infectados con conductas de riesgo (*PrEP, pre-exposure-prophylaxis* (Soriano & Del Romero. *AIDS Rev*

2018;20:188-206); 2) la mayor frecuencia de relaciones sexuales orales y anales; 3) la promiscuidad; 4) el *chem-sex*; 5) el acceso a internet y *app*; y 6) la homosexualidad; aunque sea una población minoritaria: 3% en USA (Zaza et al. *JAMA* 2016;316:2355-6) o Suiza (Schmidt & Altpe-ter. *Sex Transm Infect* 2019, en prensa).

4. Discusión

Se propusieron dos estrategias para frenar el aumento de ITS: 1) diseminar información objetiva sobre el riesgo de ITS en personas con conductas de riesgo; y 2) educación temprana de adolescentes para promover el retraso en el inicio de relaciones sexuales. En esta última situación, siguiendo las recomendaciones del CDC, se recomendó el ABC (Halperin et al. *Lancet* 2004;364:1913-5): 1) si no ha habido relaciones sexuales: retrasarlas hasta el momento de decidir formar una familia (A, abstinence); 2) si ya se tienen relaciones sexuales: reducir el número de parejas (B, *be faithful*); y 3) si se tienen relaciones sexuales con múltiples parejas: utilizar el preservativo (C, *condom*). Actualmente se propone que el ABC sea ABCD (D, *detect*).



DESAFÍOS ÉTICOS DE LA EDICIÓN GENÉTICA HUMANA

VICENTE SORIANO^{1,2}, RAFAEL DEL RÍO³ Y NICOLÁS JOUVÉ²

¹Facultad de Ciencias de la Salud & Centro Médico, UNIR, Madrid; ²Comité Científico, Fundación Jérôme Lejeune, Madrid; ³Unidad de Neurofisiología & Trastornos del Sueño, Hospital Vithas Internacional, Madrid

1. Introducción

El descubrimiento en 1959 de la trisomía 21 como causa del síndrome de Down por Jérôme Lejeune marcó el inicio de la genética moderna. En estos 60 años, el estudio del genotipo ha reemplazado al cariotipo; y el diagnóstico genético ha despertado la posibilidad de intervención terapéutica. Otras dos contribuciones científicas disruptivas han contribuido a esta evolución de la genética moderna. La primera es la secuenciación completa del genoma humano en 2001 y la segunda es el hallazgo en 2012 de CRISPR/Cas9 como técnica de edición genética que permite quitar, sumar o sustituir fragmentos del ADN humano.

2. Métodos

En abril de 2019 se organizó una sesión extraordinaria sobre edición genética en el Máster Oficial de Bioética de la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid. Participaron como moderador y ponentes los firmantes de este trabajo.

3. Resultados

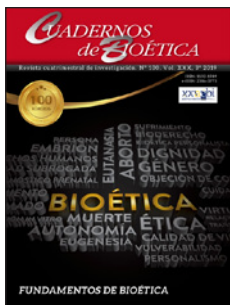
Identificaron 6 grandes desafíos éticos respecto a la edición genética en humanos: 1) la manipulación y/o des-

trucción de embriones durante la fecundación in vitro; 2) la heredabilidad de los cambios a los descendientes; 3) uso con fines no terapéuticos, como el mejoramiento; 4) los efectos secundarios no esperados; 5) la igualdad de acceso a estas tecnologías; y 6) la privacidad de las personas sometidas a estas pruebas.

Mientras que las últimas 3 problemáticas sólo se aplican a la edición genética de células somáticas, todas las cuestiones afectan a la edición genética de células germinales.

4. Conclusión

La edición genética representa un avance sin precedentes en la genética moderna. Se abre la posibilidad de prevenir y/o curar enfermedades de causa genética en diferentes etapas del desarrollo humano, tanto intrauterinas como tras el nacimiento. En la medida en que la genética condiciona críticamente al individuo, las consecuencias sobre la persona y sobre la especie humana son de gran trascendencia (*Lander et al. Nature 2019;567:165-8*).



INTERVENCIONES DIDÁCTICAS DE UN COMITÉ DE BIOÉTICA ASISTENCIAL Y SU IMPACTO DESDE LA BIOÉTICA CLÍNICA

MARCELA PAULINA BERNAL, SERGIO ALMIRÓN, MARCELA ARTERO, MARIANELA BALANESI, JAVIER CHAMPREDONDE, ELEONORA FORESI, AGUSTINA FREIJE, ELBA GOROSTIZU, SILVINA DANIELA MATÉ, ENRIQUE LUIS PIANZOLA, MARÍA MARTA RE, PATRICIA MARCELA URBANDT.

Comité de Bioética de los Hospitales Interzonales Especializados Materno Infantil "Victorio Tetamanti" (HIEMI) y General de Agudos "Oscar Alende" (HIGA) de Mar del Plata. Provincia de Buenos Aires. Argentina. cbhiemihiga@gmail.com; marcelapaulinabernal@gmail.com

1. Introducción

El Comité de Bioética de los hospitales públicos de Mar del Plata, Argentina, realizó intervenciones didácticas de talleres lúdicos para los residentes y para el equipo del servicio de neonatología durante los años 2018 y 2019, desde su responsabilidad de brindar formación hacia el interior de las instituciones de salud. Se originaron en la detección de sus necesidades y se basaron pedagógicamente en el método deliberativo. Tuvieron como objetivo facilitar la reflexión conjunta sobre las causas de los procesos fragmentados y acrílicos para su transformación en procesos participativos favorecedores de decisiones más humanizadas.

2. Material y Método

Observación objetivada del material extraído de los talleres. Metodología cualitativa.

3. Resultados

Temas surgidos: fallas comunicacionales, discursos contradictorios, cultura punitiva del error favorecido por sobrecarga de trabajo y su impacto negativo en la seguridad de los pacientes, dificultades para trabajar en equipo y para andamiar el lenguaje en la relación médico-paciente, prejuicios profesionales, falta de herramientas para abordar las vulnerabilidades, falta de

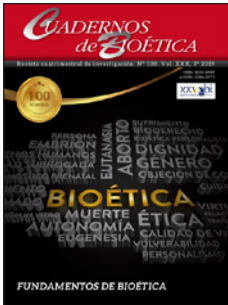
formación para intervenir profesionalmente en procesos de duelo, inexistencia de espacios reflexivos para canalizar el estrés moral producido y relación de causalidad entre la ausencia de estos espacios y la instauración de tratamientos fútiles.

4. Discusión

El debate horizontal fue favorecido por la coordinación externa del comité.

5. Conclusión

Las intervenciones didácticas tuvieron impacto desde la bioética clínica. Se evidenció la necesidad de creación de espacios deliberativos facilitadores de decisiones consensuadas en el cuidado de los pacientes, tanto para evitarse la instalación de tratamientos fútiles y su detección tardía, como para canalizar el estrés moral producido, compartiéndose opiniones y emociones. Se demostró la relevancia de los procesos de enseñanza-aprendizaje desde los Comités de Bioética y la necesidad del trabajo cooperativo, reflexivo y crítico en el equipo de salud, para respetar los principios bioéticos, sobre todo de no maleficencia y para mejorar la relación médico-paciente.



LA AUTONOMÍA PERSONAL EN LA PRÁCTICA DE LOS ÁMBITOS SOCIOSANITARIOS: ALCANCE Y LÍMITES

FRANCISCO JAVIER RIVAS-FLORES, FJ, Y MIEMBROS DEL COMITÉ DE ÉTICA SAN CAMILO.

Centro de Humanización de la Salud.

Sector Escultores, 39. 28760. Tres Cantos (Madrid)

medicoresidencia@sancamilo.org

1. Objetivos

El ámbito sociosanitario presenta unas características entre las que destaca la permanencia en el centro y la consideración de su espacio privado para la toma de decisiones, lo que favorece una interrelación con el personal con una doble vertiente de mayor apego.

2. Métodos y material

Se presenta el caso de una persona residente que en base a su autonomía personal no sigue las normas, gestiona su proceso médico sin conocimiento del personal de la residencia, mostrando en algunos momentos conductas temerarias con peligro para su propia integridad y la de los cuidadores.

Se hace un análisis de los principios implicados en el respeto a la autonomía personal, llegando a la consideración de los límites que, en su caso hubieran de llevar a cabo, mediante revisión bibliográfica.

3. Resultados

Se reformula el principio de autonomía, resaltando la facultad para enjuiciar el alcance de sus actuaciones y ser capaz de responder de las consecuencias.

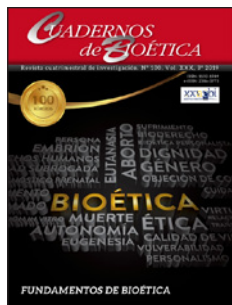
Siguiendo a Torralba se entiende que la autonomía no es ilimitada, sino concreta y dinámica, distinguiendo entre autonomía personal y de acto. Debe tener en cuenta las circunstancias y que se lleva a cabo en el seno de una comunidad. Interpretamos como nociva una acción que vulnera la dignidad personal del ser humano.

La autonomía supone responder responsablemente manifestado por Jonas como el cuidado, reconocido como deber, por otro ser, cuidado que, dada la amenaza de su vulnerabilidad, se convierte en preocupación. El límite es elemento constitutivo de la libertad, y por otro lado, la autonomía personal es el presupuesto de la libertad.

4. Conclusiones

Reconocer los límites del principio de autonomía no significa negar la autonomía.

Los límites vienen marcados por el principio de autonomía y de justicia. La beneficencia evita perjudicar a otros y la justicia permite hacer un ajustamiento a la situación concreta.



CUESTIONES ÉTICAS SOBRE EL CAMBIO DE PARADIGMA EN EL TRATAMIENTO DE NIÑOS CON TRISOMÍA 18

AGUSTÍN A. SILBERBERG^{A*}, JOSEFINA ROBOTTO^B, GUADALUPE GRIMAU^C, LAURA NUCIFORA^D, JOSÉ MANUEL MORENO-VILLARES^E

^aDepartamento de Bioética, Hospital Universitario Austral, Universidad Austral, Buenos Aires, Argentina;

^bCátedra de Fisiopatología, Facultad de Ciencias Biomédicas, Universidad Austral, Buenos Aires, Argentina;

^cDepartamento de Bioética, Facultad de Ciencias Biomédicas, Universidad Austral, Buenos Aires, Argentina;

^dEstudiante de Medicina, Facultad de Ciencias Biomédicas, Universidad Austral, Buenos Aires, Argentina;

^eDepartamento de Pediatría, Clínica Universidad de Navarra, Madrid, España

*Dirección de contacto: Hospital Universitario Austral, Universidad Austral, Av. Juan Perón 1500 (ex Ruta 234) – B1629AHJ, Pilar, Buenos Aires, Argentina; ASILBERB@cas.austral.edu.ar

1. Introducción

Hasta hace poco tiempo, la trisomía 18 era considerada una enfermedad incompatible con la vida, con un alto porcentaje de abortos. La conducta médica habitual era la negación del tratamiento. Pero algunas intervenciones médicas han cambiado el pronóstico de estos niños.

2. Material y Métodos

Mediante una búsqueda en *PubMed* se consultó la literatura científica sobre decisiones de tratamiento en recién nacidos con trisomía 18. Se analizaron dos categorías principales: 1) las posibilidades de supervivencia; y 2) la percepción de calidad de vida.

3. Resultados

La trisomía 18 ya no es considerada una enfermedad incompatible con la vida y la discusión pasa por el tipo de tratamiento que es adecuado brindar. Existen dos actitudes médicas: conservadora paliativa e intervencionista.

Con la conducta intervencionista, la supervivencia puede llegar hasta el 23% a los 5 años. En relación a la calidad de vida, todos los que forman parte de la toma de decisiones destacan la posibilidad de llevar el niño a

su casa. La percepción de la calidad de vida es diferente entre los médicos y los padres, siendo los primeros más pesimistas. Solo algunos niños se benefician mediante una conducta intervencionista.

4. Discusión

Se han identificado algunos niños que se benefician con una conducta intervencionista. Desde una perspectiva ética, la proporcionalidad terapéutica de dicha conducta se basa en los siguientes datos: la supervivencia aumenta en niños con mosaïcismo en comparación con las otras variantes citogenéticas y en quienes reciben cirugía de reparación cardíaca. En cambio, la supervivencia disminuye cuando se asocia con prematuridad, sexo masculino, parto múltiple y enfermedades cardíacas.

5. Conclusiones

La medicina perinatal se encuentra ante un replanteamiento de la conducta de tratamiento en niños con trisomía 18. Se precisa seguir investigando las diversas alternativas terapéuticas y la calidad de vida posible alcanzada. No parece adecuado negar sin más la conducta intervencionista.



LA AYUDA QUE OFRECE LA NAPROTECNOLOGÍA PARA AFRONTAR LA INFERTILIDAD/ETERILIDAD DE MODO MÉDICO Y ACORDE CON UNA SANA ANTROPOLOGÍA

JOSÉ FRANCISCO VAQUERO¹, MARÍA VICTORIA MENA², HELENA MARCOS³

¹Máster en Bioética. Universidad Rey Juan Carlos. Madrid

²Ginecóloga, especialista en Naprotecnología

³Médico general, especialista en Naprotecnología

jose.fco.vaquero@gmail.com

1. Introducción

¿Qué hacer cuando el matrimonio quiere tener un hijo y éste tarda en venir, o no llega? La Naprotecnología y el estudio médico de la fertilidad masculina y femenina ofrecen una respuesta científica válida y recomendable.

2. Material y métodos

Nuestra reflexión bioética debe partir de la realidad concreta, existencial, y posteriormente llegar al fundamento antropológico y ético que la realidad esconde. Partimos de descripción de la Naprotecnología y algunos resultados de los últimos 5 años (2014 - 2019), proporcionados por sus pioneras en España: Dra. Victoria Mena, Dra. Helena Marcos, junto con la Asociación Española de Naprotecnología.

Se puede definir como medicina procreativa basada en el reconocimiento del ciclo menstrual de la mujer. La Naprotecnología constituye un abordaje médico y científico que busca resolver los trastornos reproductivos y ginecológicos del varón y de la mujer, identificando las principales causas que afectan a la verdadera salud reproductiva. Desde aquí, busca corregir las posibles alteraciones y restaurar la salud y fertilidad. La infertilidad no es una enfermedad sino uno de los síntomas de una posible enfermedad orgánica u hormonal. Debe, pues, analizarse y diagnosticar desde una perspectiva multifactorial.

3. Resultados.

Más de 1.500 matrimonios han sido asesorados por la Asociación Española de Naprotecnología, y más de 500 matrimonios han sido tratados por alguna de estas especialistas en España. La edad media es de 33,8 años (mujer) y 35,8 (varón). Se han contabilizado 160 embarazos y un grado de satisfacción cercano al 100%.

4. Conclusiones

El protagonista del “problema” es un “espíritu encarnado”, un ser que tiene cuerpo pero está substancialmente unido a su espíritu. Esta unidad substancial se refleja también en su sexualidad, y análogamente en el matrimonio. A esta luz, son muchos los bienes que nos ofrece la naprotecnología (hijos, salud física y humana...).

Se constata también el interés y la demanda de tratamientos de Naprotecnología.

Referencias

- Carrión V. y Fabrés J, “El misterio de la fecundidad en el matrimonio infértil”, *Hombre y mujer los creó*, num. 38, 2019
- Hilgers T. *The Medical and Surgical Practice of NaProTechnology*
- Lucas R., *El hombre, espíritu encarnado*, Atenas, Madrid, 1993



MATERNIDAD SUBROGADA. REFLEXIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

MONTserrat ESPUGA GARCIA, ESTRELLA BARCELÓ COLOMER, M. ANTÒNIA CAMPS CORRONS, MANEL CANO SOLER, MERCÈ CARRANZA PIQUER, ROSA CARRASCO, MARGARITA CURRUBÍ CASASNOVAS, ISABEL MINGUELLA GARCIA, M. LLUISA ORTEGA CANO, M. CARMEN PRIETO VILLANUEVA, ROSER QUINTA BARBERO, GRÀCIA SOLER, JORDI XANDRI CASALS

Comité Ética Asistencial Atención Primaria, Institut Català de la Salut.

Cap Rio de Janeiro. ICS. Avda Rio de Janeiro 91 08016 Barcelona.

mespuga.bcn.ics@gencat.cat; cea.ics@gencat.cat

Ceapics.wordpress.com para consultar lugar de trabajo de todos los participantes del CEA.

1. Introducción

Las técnicas en relación a la concepción y gestación avanzan vertiginosamente; la maternidad subrogada (MS) cobra entidad los últimos años porque a través de ella personas y/o parejas muy dispares pueden tener un hijo.

La discusión está servida. Diferentes colectivos opinan a favor y en contra, con y sin matices. La legislación varía de un país a otro.

La duda llega a una consulta de Atención Primaria (habiéndose prohibido por ley la maternidad subrogada en España). ¿Qué debe responder el médico?

2. Material y métodos

El Comité de Ética Asistencial en Atención Primària del Institut Catala de la Salut (CEAPPICS) recibe la primera consulta sobre MS. Se buscó información legal, médica y opiniones de expertos. Se deliberó en grupo y elaboró respuesta.

3. Resultados

Se aportó información sobre legislación, valores en conflicto y fuentes de información disponibles. Los principales puntos debatidos fueron:

- Que la MS es un problema dónde conjugan muchos principios bioéticos: Beneficencia, No maleficencia, Autonomía, Equidad, Vulnerabilidad y Dignidad.
- Afecta a personas con diferentes visiones: gestante, futuros padres, bebé, legisladores, etc.

- La legislación es dispar en el mundo y no podemos impedir que se acuda a otros países dónde está legalizada.
- La sociedad debe proteger a los vulnerables, tanto a las gestantes que prestan el "Servicio" (movidas generalmente por intereses económicos y que pueden tener una atención deficitaria durante y después del parto), cómo a los bebés, a quiénes en España se inscribe en el registro civil y "legaliza".
- El deber del profesional sanitario es informar a la personas, para que tomen una decisión bien fundamentada, eludan propuestas poco claras y acudan a fuentes de información fidedignas.

4. Discusión y conclusiones

El avance tecnológico nos coloca muy a menudo frente a nuevos conflictos éticos, que no podemos soslayar ni eludir. El CEAPPICS no debe ser es ajeno a este debate.

5. Referencias

1. Casado Blanco M, Ibáñez Bernáldez M. Reflexiones legales y éticas en torno a la maternidad subrogada. Rev Española Med Leg [Internet]. Elsevier; 2014 Apr [cited 2018 Jan 10];40(2):59–62. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0377473213000436>
2. Interrogantes 03 de la Fundació Víctor Grífols i Lucas. La subrogación uterina: análisis de la situación actual
3. Justo Aznar y Manuel Zunín Observatorio de Bioética Universidad Católica de Valencia. La maternidad subrogada de alquiler o voluntaria y sus implicaciones bioéticas y jurídicas. 2015;



LOS PRINCIPIOS BIOÉTICOS DE ELIO SGRECCIA APLICADOS A LA BIOLOGÍA SINTÉTICA: IMPLICACIONES EN LA INVESTIGACIÓN BIOÉTICA EN BIOTECNOLOGÍA

LUCÍA GÓMEZ-TATAY, JOSÉ-MIGUEL HERNÁNDEZ-ANDREU.

Instituto de Ciencias de la Vida, Universidad Católica de Valencia "San Vicente Mártir". C/ Guillem de Castro 94, 46003 Valencia, España.

lucia.gomez@ucv.es, jmhernandez@ucv.es

1. Introducción

Desde el personalismo ontológico, Sgreccia (2009) deriva un conjunto de principios de bioética. No obstante, ejemplos de su aplicación sistemática en evaluaciones de hechos científicos específicos son inexistentes en la literatura, por lo que no se ha validado su eficacia como herramienta de discusión en bioética. En este trabajo se utilizan los principios de Sgreccia en la evaluación ética de la Biología Sintética y se propone una adaptación de los mismos para los estudios en el ámbito de la biotecnología genética.

2. Materiales y métodos

Se realizó una búsqueda bibliográfica para definir el estado de la cuestión e identificar los interrogantes bioéticos asociados con la Biología Sintética. Posteriormente se aplicaron los principios de bioética de Sgreccia (2009) para dar una respuesta a estos interrogantes, señalándose las debilidades encontradas en el marco ético.

3. Resultados y discusión

Respecto a las cuestiones relacionadas con la justicia, el *principio de competencia de la comunidad* solo menciona la necesidad de promover el bien común. Esta idea está más desarrollada en el *principio de sociabilidad y subsidiariedad*, que en la lista inicial de principios es independiente del de *libertad y responsabilidad* (desde el cual nace el de la *competencia de la comunidad*).

Ante las cuestiones de bioseguridad, se observó que el *principio de competencia de la comunidad* contiene otro principio, el de *libertad de investigación*, cuya jerarquía en el marco de principios no se explicita. De la disertación previa de Sgreccia puede derivarse que estaría subordinado a los principios de *protección de la vida y la identidad genética de cada individuo humano* y de *protección del ecosistema y el medio ambiente*.

4. Conclusiones

El *principio de sociabilidad y subsidiariedad* puede incluirse como un sexto principio para el estudio bioético de las biotecnologías genéticas.

El *principio de competencia de la comunidad* puede reformularse como el *principio de competencia de la comunidad y de libertad de investigación*.

Referencias

Sgreccia, E. (2009). *Manual de bioética I: fundamentos y ética biomédica*. Madrid: Biblioteca de autores cristianos.

Financiación

Este trabajo ha sido realizado en el contexto de una tesis doctoral financiada con una beca predoctoral otorgada por la Escuela de Doctorado de la Universidad Católica de Valencia "San Vicente Mártir" (EDUCV-PRE-2015-002).



EL CONCEPTO TERAPÉUTICO ERRADO EN ENSAYOS CLÍNICOS

MARIA CUBILLO DÍAZ-VALDÉS¹, CRISTINA FERRER-ALBERO², JAIME FONSMARTÍNEZ³, REYES BOCETA MUÑOZ¹, OLGA MARTINEZ CASARES¹, DIMITRIS DIMITRIOU⁴

¹ GlaxoSmithkline. Madrid

² Facultad de Enfermería. Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir. Valencia

³ Fundació per al Foment de la Investigació Sanitària i Biomèdica de la Comunitat Valenciana (Fisabio). Valencia

⁴ AND Consulting Group. Bruselas

1. Introducción

Los participantes en un ensayo clínico (EC), en ocasiones no diferencian entre práctica clínica e investigación clínica; lo que se conoce como “*concepto terapéutico errado*” (CTE). Por ello, durante el proceso de consentimiento informado (PCI), es de vital importancia identificar cuándo se manifiesta este concepto y los puntos clave que los participantes deben comprender.

2. Material y Métodos

Revisión sistemática de artículos científicos consultando las bases de datos MedLine y EMBASE, combinando las palabras clave “*Therapeutic misconception*”, “*clinical trial*” e “*Informed Consent*”. Se revisaron los *abstracts* y una selección de artículos completos, considerándose aquellos que incluían qué es el CTE y metodologías sobre cómo identificarlo y prevenirlo.

3. Resultados

Se obtuvieron 114 referencias en MedLine y 53 en EMBASE, encontrándose 7 artículos que abordan el CTE y herramientas para su identificación.

En 5 artículos se utilizaron diversas estrategias para valorar la presencia de CTE, que consisten en cuestionarios y/o entrevistas semi-estructuradas a participantes de un EC.

4. Discusión

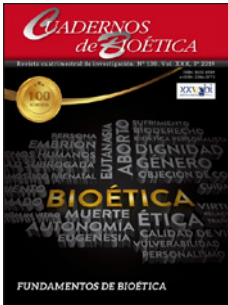
El PCI es esencial para que una persona decida o no participar en un EC. No sólo los investigadores tienen el deber de proporcionar información clara sobre el estudio, sino también de asegurarse que los participantes lo han comprendido y son adecuadamente conscientes del posible conflicto entre los fines terapéuticos y el objetivo de obtener nuevo conocimiento científico.

5. Conclusiones

No existe consenso en la evaluación del CTE en investigación clínica. Por ello, resulta difícil la interpretación y comparación de resultados. Para prevenir el CTE es importante identificar aquellos sujetos que no comprendan el objetivo del estudio y proporcionarles información adicional. Es recomendable homogeneizar la detección del CTE, mediante el uso de una misma herramienta fiable y validada, en todos los EC.

Agradecimientos

Trabajo elaborado en el marco del proyecto “i-CONSENT” financiado por el programa europeo Horizonte2020 bajo el convenio de subvención nº 741856.



LA REPRODUCCIÓN ASISTIDA: PARADIGMA DE PERFECCIÓN O ARGUMENTOS PARA CONSEGUIR UN DESEO

PALMIRA PELÁEZ FERNÁNDEZ

UNED (Universidad Nacional de Educación a Distancia)

Plaza San Marcos s/n B. 1-1ºD - 13300 Valdepeñas

ppelaez@valdepenas.uned.es

Desde el convencimiento de que la reproducción humana no debe ser solo un derecho sino una necesidad para la continuidad del ser humano, la reproducción asistida se ha convertido en el medio de ver satisfecho este derecho a procrear para las personas que, por diferentes circunstancias, no podrían ver cumplido este deseo.

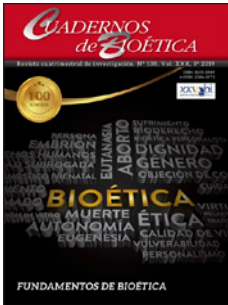
En este ámbito, el conflicto ético, e incluso legal, surge cuando estas técnicas, u otros medios a los que también nos referiremos más adelante como es la maternidad subrogada, son desnaturalizadas y pasan a convertirse en prácticas que, en determinadas situaciones, llegan a degradar la maternidad.

El objetivo de esta comunicación será poner en evidencia el incremento de las técnicas de reproducción asistida, no en cuanto a la práctica científica en sí misma, sino a la finalidad con que son utilizados estos avances.

La metodología utilizada para ello, y dada la dificultad que entraña aplicar una metodología científica a este tipo de investigación, será la doxa, que estará fundamentada en la literatura científica, en Informes de Organizaciones Nacionales e Internacionales y, por último, la divulgación ofrecida por los diferentes medios de comunicación, dado que estos han contribuido a diseñar un nuevo imaginario social.

Los resultados intentarán dar respuesta a unas cuestiones que nos formulamos: si se busca la perfección, qué ocurre con lo imperfecto?; ¿qué es perfecto?; ¿todos los deseos han de ser cumplidos?; ¿a qué precio?; ¿tener un hijo es un deseo o una necesidad?

Como conclusiones y como trabajo que no intenta aportar una certeza absoluta, serán despertar la opinión crítica de la sociedad hacia estas tecnologías, las nuevas aplicaciones que se hacen de ellas y el planteamiento de si deben existir límites infranqueables.



SOCIAL FREEZING: ASPECTOS BIOMÉDICOS Y BIOÉTICOS

JULIO TUDELA CUENCA, JUSTO AZNAR LUCEA

Observatorio de Bioética

Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir

C/ Guillen de Castro, 94 46001-Valencia

julio.tudela@ucv.es

1. Introducción

Al proceso de congelación de ovocitos o tejido ovárico que no se debe a causas médicas, se le denomina “social freezing”. En este caso son dos las razones fundamentales que lo motivan. La primera es que la mujer no haya encontrado la pareja que ella considera idónea para un asunto tan importante como crear una familia, y la segunda por razones profesionales. Éstas se dan fundamentalmente cuando la mujer considere que quedarse embarazada en edad joven, normalmente antes de los 35 años, podría perjudicar su carrera profesional, lo que le motiva a congelar sus ovocitos para utilizarlos más adelante.

2. Resultados

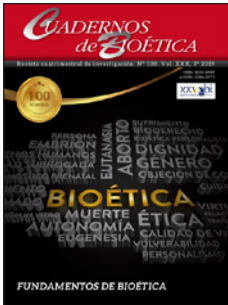
Aunque los defensores de la técnica la proponen como un método para posponer la maternidad reduciendo los riesgos de una gestación tardía, este trabajo ofrece datos sobre las consecuencias negativas que de esta práctica se derivan para la mujer gestante y el hijo gestado.

3. Discusión

Al margen de los problemas biomédicos y sociales que el procedimiento presenta, “social freezing” presenta también indudables problemas éticos. A nuestro juicio, el principal de ellos es que, aunque no se explicita, implícitamente se está cosificando a la mujer, al inducirla a tomar una decisión que se enmascara como un bien para ella, cuando, como se refiere en este trabajo, esta práctica plantea objetivas consecuencias médicas negativas para la usuaria, y también para su hijo.

4. Conclusiones

Debería ponderarse adecuadamente si la ventaja de utilizar ovocitos jóvenes compensa los riesgos derivados de los procesos que exige el social freezing descritos en este trabajo, máxime cuando implica que mujeres fértiles, capaces de concebir y gestar un hijo de manera natural, renuncien a ello sustituyendo esta opción por la fecundación in vitro, que no solo reduce las posibilidades de conseguir finalmente un embarazo, sino que incrementa los riesgos para la salud de madre e hijo.



PRENSA Y BIOÉTICA: ¿INFORMACIÓN O DESINFORMACIÓN? UN CASO PRÁCTICO

RAFAEL FAYOS FEBRER

Universidad CEU Cardenal Herrera

Calle Luis Vives 1, 46980 – Alfara del Patriarca

rfayos@uchceu.es

1. Introducción

El pasado mes de agosto se conocía a través de la prensa la decisión de un juez de no retirar la sonda nasogástrica a una paciente de alzhéimer avanzada oponiéndose así a la voluntad de la familia. Esta noticia abrió de nuevo el debate sobre la nutrición e hidratación al final de la vida, generándose un aluvión de artículos de opinión además de muchísimos comentarios en las redes sociales. La presente comunicación quisiera hacer una breve y sencilla aproximación al tratamiento informativo que tuvo la noticia, sea tanto en prensa escrita como webs de sociedades especializadas sobre el tema, intentando aclarar hasta qué punto el debate público generado en prensa ha ayudado a conocer con mayor profundidad y objetividad la cuestión tratada o ha suscitado una mayor confusión y desinformación.

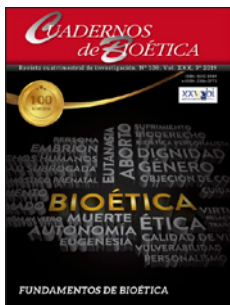
2. Material y método

Para ello, dimos seguimiento a la noticia en periódicos de gran importancia como *El País* y otros de menor

impacto como *El confidencial*, *Diariosur*, *Público*, etc; siempre en su edición de internet. Así mismo, se consultó las notas de prensa y comunicados de sociedades y asociaciones especialistas en el tema y por último se analizaron artículos de opinión. Desde un punto de vista metodológico deslindamos en las noticias la información de los hechos de la valoración ética de los mismos. Nos fijamos el recurso a expertos en el tema por parte de los medios, especialmente si la prensa se hizo eco de las notas informativas que oportunamente emitieron sociedades y asociaciones científicas. Por último, analizamos los artículos de opinión firmados por periodistas.

3. Resultados, discusión y conclusión

Concluimos valorando positivamente las notas informativas de los colectivos científicos que se abstuvieron de valorar la decisión concreta del caso informando de criterios generales, cosa que no hicieron los medios, comentando los hechos en ocasiones a partir de un contexto ideológico y tendencioso.



CÁNCER DE MAMA EN EL EMBARAZO. CUESTIONES ÉTICAS EN SU MANEJO. A PROPÓSITO DE 7 CASOS

CARIDAD MARÍN-HERNÁNDEZ¹, TERESA GARCÍA-GARCÍA²

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Carretera Madrid-Cartagena s/n.
El Palmar. Murcia.30120. España

Hospital Universitario Santa Lucía. C/ Mezquita SIN, Paraje Los Arcos, Santa Lucía, Cartagena, 30202. España
carikimh@gmail.com

1. Introducción

El cáncer de mama en el embarazo presenta opciones de tratamiento condicionadas por los posibles daños que se pueda ocasionar al feto.

2. Material y métodos

Se han recogido 7 casos de mujeres embarazadas con cáncer de mama agrupándolas, 4 en las que se decidió la interrupción voluntaria del embarazo y 3 en las que se consiguió preservar la vida del feto.

3. Discusión

podemos diferenciar respeto a la madre: desde la corriente personalista, el cuerpo sería fin y sujeto, donde la persona se manifiesta entendida como una unitotalidad. De aquí se derivaría el *principio terapéutico* por el que se debe entender al paciente como un todo. Desde una perspectiva utilitarista, se debería de realizar todo lo posible técnicamente para salvaguardar la vida de la paciente siendo más valiosa que la del feto y su cura-

ción justificaría la muerte del segundo. Desde el principialismo se definiría qué decisiones pueden respetar mejor los principios de No Maleficencia, Beneficencia y Autonomía. Sobre el feto: bajo las premisas del doble efecto se ha intentado justificar el aborto inducido para la mujer cuya vida corre peligro. Pero esta práctica médica no estaría bajo la salvaguarda del Doble Efecto, porque realizaríamos un daño directo al feto. Respecto al médico: deben respetarse el principio de No Maleficencia en el daño al feto, y el principio de Autonomía en el derecho a decidir de la paciente. En caso de que la paciente eligiera abortar, el médico puede declararse objetor de conciencia, estando avalado por el código deontológico médico.

4. Conclusión

El cáncer de mama durante el embarazo genera un difícil problema con múltiples interpretaciones, tanto en lo legal como en lo ético. La ley debe respetarse como una obligación moral mínima, pero se debe considerar que ésta siempre tiene que ser interpretada.



ESTUDIO NEOETIC: PREFERENCIAS DEL PACIENTE CON CÁNCER EN LA COMUNICACIÓN CON EL ONCÓLOGO MÉDICO Y EXPECTATIVAS PUESTAS EN EL TRATAMIENTO ANTINEOPLÁSICO

TERESA GARCÍA-GARCÍA¹, LUCIA PRADA-REMESEIRO², MARÍA ÁNGELES ARCUSA-LANZA³, DAVID LORENTE-ESTELLES⁴, DAVID RODRÍGUEZ-RUBÍ⁵, JACOBO ROGADO-REVUELTA⁶, JOAQUIM BOSCH-BARREDA⁷, MARÍA HELENA LÓPEZ-DE-CEBALLOS⁸, NURIA CÁRDENAS-QUESADA⁹, SALVADOR SAURA-GRAU¹⁰, SARA CEREZO-GONZÁLEZ¹¹, SUSANA MARTÍNEZ-PERALTA¹², ALBERTO CARMONA-BAYONAS¹³, PAULA JIMÉNEZ-FONSECA¹⁴, CATERINA CALDERÓN-GARRIDO¹⁵. GRUPO DE TRABAJO EN BIOÉTICA. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ONCOLOGÍA MÉDICA (SEOM).

*Hospital General Universitario Santa Lucía de Cartagena*¹, *Hospital General Universitario Santa Lucía de Cartagena*², *Consorci Sanitari de Terrassa*³, *Hospital Provincial de Castellón*⁴, *Centro Médico de Asturias*⁵, *Hospital Universitario Infanta Leonor de Madrid*⁶, *Hospital Universitario Josep Trueta de Girona*⁷, *San Pedro de Alcántara de Cáceres*⁸, *Complejo Hospitalario de Jaén*⁹, *Hospital Universitario Dr Negrín de Las Palmas de Gran Canaria*¹⁰, *Hospital La Mancha Centro de Alcázar de San Juan*¹¹, *Consorcio Sanitari del Maresme de Mataró*¹², *Hospital General Universitario Morales Meseguer de Murcia*¹³, *Hospital Universitario Central de Asturias*¹⁴, *Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona*¹⁵.

1Hospital General Universitario Santa Lucía, Calle Mezquita, s/n, 30202 Cartagena, Murcia. tggarc@gmail.com

1. Introducción

La terapia antineoplásica mejora el pronóstico del cáncer a costa de un impacto económico y de toxicidades, generando dudas sobre el valor de estos tratamientos en el cáncer incurable.

El objetivo es estudiar las preferencias del paciente sobre la comunicación, la información y la toma de decisiones compartida con el oncólogo; las expectativas puestas en el tratamiento antineoplásico y correlacionar estas con variables biopsicosociales y con la magnitud real del beneficio clínico.

2. Material y Métodos

Neoetic es un estudio observacional, prospectivo y multicéntrico promovido por el Grupo de Bioética de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) en pacientes con un cáncer avanzado en tratamiento anti-

neoplásico. El paciente cumplimenta unos cuestionarios sobre: afrontamiento (Mini-MAC), inventario de síntomas (BSI-18), calidad de vida (EORTC-QLQ-C30), bienestar (WHO); apoyo social percibido, resiliencia y confianza en el oncólogo (Duke-UNC-11, BRCS, TiOs-SF); preocupación (CWQ-FoR), esperanza (HHS y Facit), incertidumbre (MUIS-C), satisfacción con las decisiones y cuidado (SWLS, SWPD y CAHPS), dignidad (PPDS), relación médico-paciente (STAR) y unas preguntas para conocer su preferencia acerca del tipo de información y el interés en recibir tratamiento antineoplásico. Se aplican las escalas GRADE y ESMO-MCBS para estudiar la calidad de la evidencia y la magnitud del beneficio clínico de los tratamientos.

3. Resultados

Se espera demostrar que: 1) el perfil de información 'negativa' al inicio de la enfermedad se correlaciona

con peor afrontamiento, menor bienestar, esperanza, calidad de vida y mayor preocupación; 2) la sobreestimación del pronóstico se asocia con perfil de afrontamiento positivo y mayor confianza en el oncólogo y 3) una falta de adecuación entre las expectativas (mayores) y los beneficios reales de los fármacos (menores).

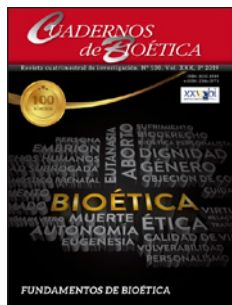
4. Conclusiones

NEOetic pretende contribuir a conocer mejor las expectativas y preferencias de cada paciente y la adecua-

ción entre expectativas y beneficios reales para buscar puntos de mejora en los procesos de toma de decisiones compartidas y en las estrategias de información.

Soporte

Trabajo becado: Beca de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) 2018 de Grupos Cooperativos otorgada por este estudio, NEOetic al Grupo de Bioética de la SEOM, 27 de septiembre de 2018.



VALORACIÓN BIOÉTICA DE LAS INDICACIONES DE INTERRUPTIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN CASOS DE MALFORMACIÓN CONGÉNITA FETAL

JAVIER LLUNA GONZÁLEZ

Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital La Fe, Valencia.

Observatorio de Bioética. Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir.

Avenida Profesor López Piñero, 6-54. 46013 Valencia

jllunag@yahoo.es

1. Introducción

En los últimos años se ha ido observando la disminución de recién nacidos con determinadas anomalías congénitas, existiendo la apreciación subjetiva de muchos profesionales de que se están abortando fetos con altas posibilidades de supervivencia y escasas secuelas. No se ha publicado información sobre los diagnósticos concretos que conducen a estas Interrupciones Voluntarias del Embarazo (IVE).

2. Objetivos

1.- Conocer cuáles son los diagnósticos por los que se aconseja IVE en casos de anomalía o malformación fetal. 2.- Valorar la indicación de aborto en patologías con pronóstico favorable o con altas posibilidades de supervivencia y escasas secuelas futuras.

3. Material y método

Estudio observacional y retrospectivo de las historias clínicas del Hospital Universitari i Politècnic La Fe de Valencia, que tuvieran como diagnóstico IVE por anomalía o malformación fetal. El periodo de estudio abarcó desde el 1 de enero de 2010 al 31 de octubre de

2011. Se incluyeron sólo aquellos con estudio anatómico-patológico post aborto.

4. Resultados

Se identificaron 98 casos de IVE por malformación fetal. Destacaron las anomalías cardiovasculares, del sistema nervioso central y las nefro-uroológicas. En 7 casos no se evidenció patología en el estudio anatómico-patológico. 13 de los casos se consideraron fetos con malformaciones con una alta supervivencia y en algunos casos con secuelas leves. En 10 se indicó IVE por signos indirectos de patología, pero sin diagnóstico concreto. En 4 se evidenció anomalía siendo de carácter leve en 2 de ellos. Se realizaron 10 feticidios selectivos que produjeron 4 muertes de fetos sanos. Solo 1 embarazada fue remitida a especialista para información de la patología del feto.

5. Conclusiones

Se está indicando IVE en fetos con grandes probabilidades de supervivencia y en algunos casos con escasas o nulas secuelas. Consideramos inadecuada la información que se proporciona a los padres, en ocasiones realizada por profesionales no apropiados.



COMPARACIÓN EVOLUTIVA DE NIÑOS NACIDOS POR GESTACIÓN ESPONTÁNEA Y REPRODUCCIÓN ASISTIDA: ANÁLISIS BIOÉTICO

ANA HERRERO GARCÍA¹, JAVIER LLUNA-GONZÁLEZ^{2, 3}, JULIO TUDELA-CUENCA³, JUSTO AZNAR-LUCEA³.

¹Servicio de Pediatría Hospital de Liria, Valencia.

²Servicio de Cirugía Pediátrica Hospital La Fe, Valencia.

³Observatorio de Bioética. Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir.

C/ Guillem de Castro, 94. CP 46001-Valencia

herrero.garcia.ana@gmail.com

1. Introducción

Las técnicas de reproducción asistida (TRA), pueden asociar complicaciones obstétricas y perinatales, incluido mayor riesgo de malformaciones congénitas y desarrollo de patología a lo largo de la vida.

2. Objetivos

Evaluar el riesgo de presentar patología en niños concebidos por TRA y por concepción natural. Analizar el riesgo de patología gestacional, prematuridad y multiparidad en ambos grupos y establecer si hay diferencias entre las distintas técnicas de reproducción asistida.

3. Material y métodos

Estudio observacional retrospectivo de cohortes de recién nacidos en el Hospital La Fe de Valencia en el año 2016. Se seleccionaron por muestreo aleatorio simple, 300 niños procedentes de CN y 300 niños procedentes de TRA.

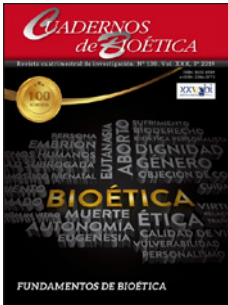
4. Resultados

El 9% de los 5292 nacimientos registrados, fueron concebidos mediante TRA. Los niños concebidos mediante

TRA tenían significativamente mayor riesgo de gestación múltiple (OR=22.38, IC95% [12.284 – 45.02], P <0.001). A menor edad gestacional, se detectó mayor riesgo de malformaciones congénitas (OR=0.913, IC95% [0.844 – 0.99], P = 0.023) y de patología adquirida (OR=0.743, IC95% [0.669– 0.816], P <0.001). Los niños concebidos por TRA, presentaron más enfermedades durante los dos primeros años de vida (OR=1.926, IC95% [1.301– 2.857], P = 0.001). La edad materna avanzada aumentó el riesgo de patología gestacional (OR=5.096, IC95% [1.371– 26.44], P = 0.028). Las madres sometidas a TRA presentaron mayor riesgo de patología obstétrica (OR=1.97, IC95% [1.246 – 3.13], P = 0.004) que las madres con gestaciones espontáneas. No se encontraron diferencias entre las diferentes técnicas de reproducción asistida.

5. Conclusiones

Los niños nacidos por TRA presentan mayor riesgo de prematuridad, patología congénita y adquirida hasta los 2 años de edad. Asimismo, las madres que se someten a las TRA, tienen mayor riesgo de gestaciones múltiples y de sufrir patología durante el embarazo. Es necesario advertir de estos riesgos a los futuros padres antes de someterse a dichas técnicas.



ANALIZANDO EL CONTRATO DE GESTACIÓN SUBROGADA: CONTROVERSIAS ÉTICO-JURÍDICAS

BEATRIZ HERMIDA-BELLOT

Universidad CEU-Cardenal Herrera. Valencia.

beatriz.hermida@uchceu.es

1. Introducción

El objetivo de esta comunicación consiste en analizar algunas de las cláusulas típicas del contrato de gestación subrogada a los efectos de comprobar si una hipotética regulación positiva de la gestación subrogada sería viable en nuestro Derecho. Para ello, partiremos de la base del estudio de un contrato real de gestación subrogada y pondremos de manifiesto algunos puntos controvertidos del mismo, tanto desde el punto de vista ético como jurídico.

2. Discusión

Analizamos las cláusulas más controvertidas del contrato de gestación subrogada, en concreto, aquellas que ponen de manifiesto derechos en conflicto como el derecho a la disposición del propio cuerpo frente a la vulneración de la dignidad de la mujer como consecuencia de la mercantilización de su cuerpo y de su capacidad gestativa. Así como la falacia de considerar altruista un contrato de gestación subrogada en el que no existe remuneración, pero sí compensación por gastos.

Por otro lado, estudiamos como del contrato de gestación subrogada se deriva el fraude de ley que supone vulnerar impunemente las normas de la adopción que protegen al menor y le otorgan el derecho a conocer

sus orígenes biológicos o que establecen una capacidad especial para llevar a cabo la adopción, capacidad que no se exige en materia de gestación subrogada.

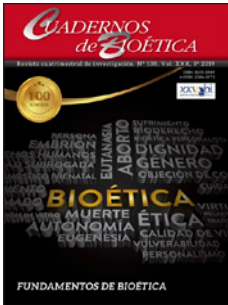
Por último, estudiamos la situación del menor como objeto de un contrato.

3. Conclusiones

De todo ello se deriva la nulidad del contrato de gestación subrogada, así como el reto que tiene por delante el legislador. Las cláusulas revisadas siguen evidenciando que la gestación por sustitución equivale a comerciar con el cuerpo femenino que, con o sin precio, atenta contra la dignidad de la mujer y cosifica al hijo que porta en su vientre para entregarlo a otros.

Referencias

- LEMA AÑÓN, C., *Reproducción, poder y derecho. Ensayo filosófico-jurídico sobre las técnicas de reproducción asistida*, Ed. Trotta, Valladolid, 1999, p. 113.
- LLEDÓ YAGÜE, «El alquiler de úteros y el problema de las madres sustitutas o por encargo», en *La filiación a finales del siglo XX. Problemática planteada por los avances científicos en materia de reproducción humana: ponencias y comunicaciones*, Ed. Trivium, Madrid, 1988, p. 331.



CONSCIENTIOUS OBJECTION INFORMED BY SOUND SCIENCE

ANTONIO QUIRÓS-FONS

Universidad Cardenal Herrera CEU

Edificio Luis Campos Górriz, Calle Luis Vives, 1 (desp. 313)

Alfara del Patriarca, 46115, Valencia

antonio.quirosfons@uchceu.es

1. Background

Some regulations and laws about new rights are coercing scientists and health care providers to refer for certain legalized treatments. These professionals are discriminated as insolidarian outliers, labeled as conscientious objectors to be tolerated and ultimately excluded from the profession. The new regulations have also an important impact on patients, caregivers and society.

2. Purpose

To describe the situations where it is possible to object not only on conscientious grounds but also on scientifically reasonable doubts.

3. Method

An online search has been performed to identify: firstly, updated existing scientific researches questioning the effectiveness and dangerous side effects of ethically controversial practices; secondly, domestic laws and case-law that legalize or allow these practices; thirdly, upda-

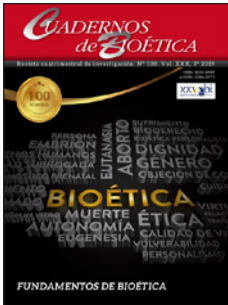
ted position statements from global health professional organizations about these topics. Finally, international law and deontological statements about the conscientious objection to these practices have been identified.

4. Result

Jurisdictions where ethically controversial practices are legalized or allowed have encountered the increasing infringement of several basic health care principles, such as benefit and no harm, informed consent and autonomy.

5. Conclusion

The rise of conscientious objection to some actions required by some national norms regulating new rights makes necessary the development of legal provisions protecting the freedom of conscience for doctors, nurses, midwives, pharmacists and related health care providers. A more environmentally concerned approach to human life could facilitate the task.



LA BIOÉTICA Y LA DONACIÓN DE MATERIAL REPRODUCTIVO

ESTHER ALBA FERRÉ

Universidad Europea de Madrid

Calle Río Nervión 4, Boadilla del Monte. Madrid.

esther.alba@universidadeuropea.es

1. Introducción

El progreso de la Medicina sobre la reproducción humana ha solucionado los problemas de esterilidad de muchas parejas y también ha generado conflictos éticos y jurídicos que se ven más apreciados cuando se usan técnicas de reproducción asistida heteróloga, esto es, con intervención de donante. La Ley de Reproducción Humana Asistida regula en su art. 5 la donación de material reproductivo fijando las características del donante y de la propia donación.

2. Resultados y discusión

¿Es realmente lucrativa la donación? ¿Se puede elegir al donante? ¿Se puede conocer la identidad del donante? Se tratará de resolver estas cuestiones, entre otras y sobre todo, el conflicto de intereses existente entre el derecho a la intimidad del donante, al ser la donación anónima, y el derecho a conocer los orígenes genéticos de la persona nacida de reproducción asistida heteróloga, clave para el libre desarrollo de la personalidad de todo ser humano.

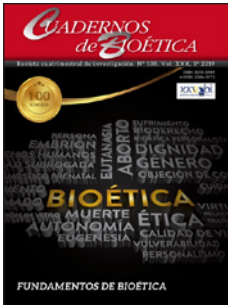
3. Conclusiones y bibliografía

La manera de dar prioridad al derecho a la identidad, siempre respetando la autonomía de voluntad del titular, será modificando las características de la donación del material reproductivo. En la actualidad, sólo se puede conocer la información general del donante y en casos excepcionales su identidad. Convirtiendo la donación en abierta, se permitirá a toda persona, que nazca por este tipo de reproducción, conocer sus orígenes genéticos si así lo desea.

CÁRDENAS KRENZ, R., Derecho a la identidad biológica y reproducción asistida. Una perspectiva biojurídica Académica española, Mauricio, 2017.

CORRAL GARCÍA, E., <<El lenguaje bioético en la normativa y jurisprudencia sobre problemas biojurídicos>>, Cuadernos de Bioética XXIV, Madrid, 2013, 2ª. Asociación Española de Bioética y Ética Médica (AEBI).

CASADO, M., Bioética, derecho y sociedad, Trotta, 2015.



EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL MENOR MADURO: COMPRENSIÓN Y CAPACIDAD DE DECISIÓN

REYES BOCETA-MUÑOZ¹, OLGA MARTINEZ-CASARES², MARIA CUBILLO-DÍAZ-VALDÉS³

¹Universidad Rey Juan Carlos. Departamento de Epidemiología y Salud Pública. Madrid

²Universidad Rey Juan Carlos. Departamento de Epidemiología y Salud Pública. Madrid.

³GlaxoSmithkline. Departamento Médico. Madrid.
reyesboceta@gmail.com

1. Introducción

La investigación clínica en población pediátrica representa consideraciones éticas y legales excepcionales. Evaluar la capacidad del menor para la toma adecuada de decisión para su participación en un ensayo clínico sería necesario para garantizar la validez y calidad del Consentimiento Informado (CI) y respetar y proteger la voluntad y autonomía del menor. Hasta la fecha no existe una herramienta sistemática para evaluar la competencia del menor en la toma de decisión.

2. Material y Métodos

Revisión sistemática de artículos científicos consultando las bases de datos MedLine y EMBASE, sin restricción de fecha según criterio de búsqueda "Informed consent by minors". También se incluyó literatura gris mediante búsqueda manual. Se revisaron los abstracts y selección de artículos completos, considerándose finalmente los que incluían aspectos sobre normativa referida a edad legal de CI en Europa, competencia sobre la comprensión y capacidad de decisión del menor.

3. Resultados

Se obtuvieron 174 referencias en MedLine y 71 en EMBASE, encontrándose 6 artículos que abordan la

evaluación de competencia del menor para CI en investigación o decisiones de salud.

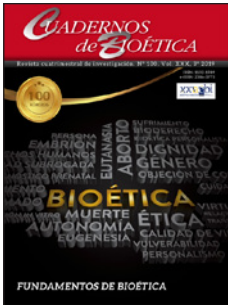
En 4 estudios se utilizó como instrumento de valoración entrevista semiestructurada McCarthur COMPETENCY ASSESSMENT TOOL FOR CLINICAL RESEARCH con 4 áreas del modelo cognitivo, en rangos de edad (6-21 años), sanos y con patología.

4. Discusión

La cuestión ética relacionada con la correlación entre edad del menor y capacidad de decisión queda en muchos casos sujeta a la valoración subjetiva del clínico o representante legal, lo que sugiere la necesidad de disponer de un instrumento objetivo de evaluación de la competencia del menor.

5. Conclusiones

Se dispone de escasa evidencia sobre instrumentos de medida de las competencias del menor para la toma de decisión de aspectos de salud o para investigación clínica. La entrevista semiestructurada McCarthur adaptada a adolescentes podría ser una herramienta adecuada de valoración.



PINCELADAS SOBRE LA NEUROÉTICA DEL LIBRE ALBEDRÍO EN ESPAÑA

JOSÉ M. MUÑOZ

Universidad Europea de Valencia

Paseo de la Alameda, 7 – 46010 Valencia

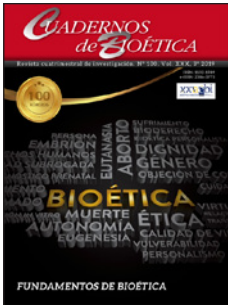
josemanuel.munoz@universidadeuropea.es

El estudio de los fundamentos neurales del libre albedrío, facultad que suele considerarse indispensable para la responsabilidad moral y legal de los individuos, ha provocado un encendido debate a nivel internacional en disciplinas como la neurociencia, la psicología y la filosofía. España no es una excepción al respecto. Por ejemplo, el neurocientífico Francisco Rubia (2009) defiende que el libre albedrío es una ficción o ilusión creada por el cerebro; en cambio, el filósofo Carlos Moya (2012) considera que la afirmación de que el libre albedrío es una ilusión no es de carácter neurocientífico, sino filosófico, y que para interpretar adecuadamente las contribuciones de la neurociencia al respecto es necesario acudir, además de a la experimentación, a la reflexión conceptual y racional. Por otro lado, el debate ha llegado con fuerza al derecho penal, especialmente en el mundo anglosajón. En España cabe mencionar la posición de Eduardo Demetrio (2013), quien opina que «ni el indeterminismo librearbitrista ni el neurodeterminismo mecanicista son sostenibles» (p. 38) y propone

una postura denominada «compatibilismo humanista», basada en la armonía del derecho con las ciencias empíricas y en la dignidad humana. En relación al castigo, sostiene (p. 33): «No se trata de negar la posibilidad de acciones voluntarias y tampoco de no castigar, sino de hacerlo, en su caso, de otra forma [...] más capaz de contemplar la enorme diversidad de situaciones a las que se enfrenta el ser humano».

Referencias

- Demetrio, E. (2013). "Compatibilismo humanista": Una propuesta de conciliación entre neurociencias y derecho penal. En E. Demetrio y M. Maroto (Eds.), *Neurociencias y derecho penal* (pp. 17-42). Madrid: Edisofer.
- Moya, C. J. (2012). Libertad, responsabilidad moral y neurociencia. *Pasajes*, 37, 109-118.
- Rubia, F. J. (2009). *El fantasma de la libertad*. Barcelona: Crítica.



ASPECTOS BIOÉTCOS Y LEGALES DE LA AUTONOMÍA PROGRESIVA EN ARGENTINA

MARCELA PAULINA-BERNAL, MARÍA MARTA-MAINETTI, SUSANA-LA-ROCCA
Grupo de Investigación Ética Lenguaje y Epistemología. Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata (Argentina)
marcelapaulinabernal@gmail.com

1. Introducción

La autonomía progresiva de los menores de edad fue reconocida por la Convención de Derechos del Niño (CDN), de igual jerarquía constitucional en Argentina. El Código Civil y Comercial (CCyC) la incorporó en cumplimiento de esta convención en el año 2015, siguiendo la tendencia legal precedente.

Ahora bien, la estrecha relación entre los principios bioéticos de autonomía y vulnerabilidad, nos lleva a reflexionar sobre la puesta en práctica de la llamada autonomía progresiva, como portadora del reconocimiento del niño y del adolescente a ser escuchado y a ser tenida en cuenta su voluntad en el proceso de consentimiento informado. En especial en escenarios de salud pública donde la relación entre autonomía progresiva y vulnerabilidad muestra las tensiones más sensibles, donde concurren pacientes menores, provenientes de contextos de marginación, exclusión social y pobreza. Plantearemos, desde un abordaje dinámico, flexible, relacional y contextualizado, que en el proceso de consentimiento informado que efectiviza la autonomía progresiva de los pacientes menores de edad, deben considerarse las capas de vulnerabilidad en cada caso, (Luna, 2008), de

acuerdo al grado de evolución de sus facultades y características físicas, psíquicas y sociales.

2. Material y método

Se realizó un estudio exploratorio y descriptivo en base a material documental y bibliográfico.

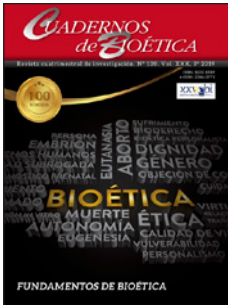
3. Conclusión

La recepción de la autonomía progresiva constituye un gran avance en aras de la "especificación" de derechos.

No obstante, sostenemos que, en escenarios de salud pública, en situaciones de desamparo, abuso, marginalidad y exclusión social, deben relacionarse las "capas de vulnerabilidad" existentes en los menores de edad con su autonomía progresiva, con un Estado presente que garantice un balance equilibrado de pesos y contrapesos.

Referencias

LUNA, F. (2008) *Vulnerabilidad: la metáfora de las capas*
 Publicado en *Jurisprudencia Argentina*, IV, fascículo N°
 1, 2008, pp.:60-67.



DESAPRENDIZAJE ÉTICO Y JURÍDICO. RESPETO A LA AUTONOMÍA ANTICIPADA Y VERBAL EN LA VULNERABILIDAD DEL MORIR

MARÍA MARTA-MAINETTI, MARCELA PAULINA-BERNAL, SUSANA-LA-ROCCA
 Grupo de Investigación "Ética Lenguaje y Epistemología". Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata (Argentina)
 mmmainetti@hotmail.com

1. Introducción

Este trabajo forma parte de un proyecto de investigación en curso, que indaga acerca de los cambios legales en salud en Argentina, que favorecen una mayor autonomía. Las Directivas Médicas Anticipadas (DMA) fueron reconocidas legalmente en el país desde el 2012. En el diálogo de fuentes del derecho, las leyes deberían integrarse con todo el ordenamiento jurídico. El código posterior del 2015 (CCyC) en este tema facilita su implementación derogando a la ley anterior (Ley Derechos de los Pacientes) que exige formalidades incumplibles. Por otra parte, en caso de colisión entre una ley especial y el CCyC debería preferirse la regulación más protectora y toda limitación de DHDH debería interpretarse en forma extensiva y no limitativa (principio "pro homine"). No obstante, los equipos de salud en Argentina suelen tener conflictos para respetar las DMA verbales de pacientes incompetentes y por ello relatadas por sus familias.

2. Material y Método

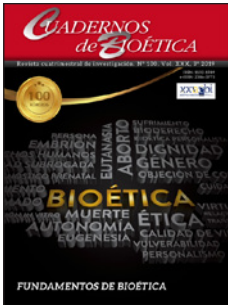
Material extraído del cuestionario autoadministrado a profesionales de la salud pública de la ciudad de Mar del Plata, Argentina.

3. Resultados

La actitud del equipo de salud adhiere a las formalidades legales de las DMA, desconfiando de la representatividad de los familiares cuando no existe un documento escrito, no obstante la sanción del CCyC. Esta circunstancia suele propender a un encarnizamiento terapéutico que violenta el derecho a morir con dignidad. Los principios bioéticos en juego deben ponderarse teniendo en cuenta que la autonomía y la vulnerabilidad puedan expresarse verbal y anticipadamente, posibilitando la beneficencia de la muerte digna y evitando una maleficencia.

4. Conclusión

Resulta imperioso un desaprendizaje ético y jurídico en los equipos de salud para respetar las DMA, cualquiera sea su modalidad, ante pronósticos que podrían conllevar a un encarnizamiento terapéutico, en cada caso concreto y ante la inexistencia de discrepancia familiar, para favorecer el respeto por la dignidad del morir.



RECEPCIÓN LEGAL DE LA BIOÉTICA EN ESPAÑA

PATRICIA SANTOS-RODRÍGUEZ

Universidad CEU San Pablo. Facultad de Derecho, Instituto CEU de Humanidades

Dirección: Avda. del Valle 21, Facultad de Derecho USP CEU. 28003 Madrid

psantos@ceu.es

1. Introducción

Esta comunicación es fruto de la experiencia de haber realizado el compendio legal de la normativa española relacionada con prácticas en las que coinciden ciencia, bioética y derecho. La obra es de descarga gratuita en la web del BOE: <https://bit.ly/2Nwk5hG>

2. Material

El compendio de toda la legislación española y autonómica vigente referida al ámbito bio-sanitario, en las que no sólo media un deber o un derecho establecido por la ley, sino también una decisión libre de las personas involucradas en esa práctica, que lo convierte en una cuestión bioética. Se incluye también el análisis de algunas referencias a normativa y códigos internacionales (Anexo). Los contenidos estudiados se refieren al marco general estatal, los órganos de supervisión y profesiones sanitarias; la tutela de la vida humana (relativa al concebido no nacido y a la madre; al final de la vida humana; relativa a la reproducción asistida; relativa a la utilización de tejidos y órganos del cuerpo humano); la tutela de la autonomía del paciente; las responsabilidades de personal investigador y sanitario; la práctica de la investigación biomédica; la protección de la biodiversidad, el medioambiente y el patrimonio natural.

3. Método

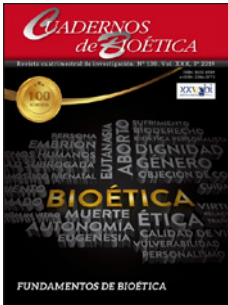
Búsquedas exhaustivas dentro del BOE, análisis comparativo de las principales cuestiones, análisis crítico del estado de la legislación, observación de lagunas legales y/o de políticas sociales bioéticas y sostenibles. Se discuten de manera general el estado de las cuestiones mencionadas.

4. Resultados y conclusiones

El análisis legal permite conocer al poder legislativo, y establecer en consecuencia sus prioridades por las soluciones que ofrece al regular determinado tipo de comportamientos. Las opciones reflejan siempre tendencias y éstas aportan información necesaria para saber qué puntos se deben fortalecer en la formación bio-sanitaria y qué prácticas alternativas conviene fomentar y reclamar al Estado por ser más respetuosas con la vida y con la dignidad humana.

5. Soporte

El Código universitario Compendio Legal sobre Bioética, ha sido realizado por contrato de obras y servicios de la autora de la comunicación y la Agencia editorial del Boletín Oficial del Estado.



DERECHO A LA IDENTIDAD EN LA REPRODUCCIÓN ASISTIDA

MARÍA LUISA DE TORRES-SOTO

Universidad Alfonso X el Sabio

Avenida de la Universidad nº 1 – Despacho D-234

28691 - Villanueva de la Cañada (Madrid)-

ltorrstot@uax.es; mdetorress@gmail.com

1. Introducción

Recientemente, el Comité de Bioética de España se ha mostrado a favor de suprimir el anonimato de los donantes de gametos en las técnicas de reproducción asistida. Dada la importancia de los derechos de la persona que están en juego merece la pena analizar los motivos que están llevando en la actualidad a hacer aconsejable un cambio legislativo siguiendo la tendencia de los países más relevantes de nuestro entorno.

2. Material y Métodos

Estudio Bibliográfico, legal y jurisprudencial. Consulta a distintos organismos internacionales y españoles.

3. Discusión

Se entabla entre los partidarios de mantener o no el anonimato con base principalmente en la posible vulneración o no de derechos.

4. Resultados.

Profundizar hasta qué punto influye en una persona poder conocer o no sus orígenes siendo este hecho decisión de un tercero, verificar si el anhelo vital personal de conocer el propio origen así como la posibilidad de combatir enfermedades futuras quedan suficientemente garantizados con los datos del donante que actualmente se facilitan; valorar si el anonimato impide relacionarte

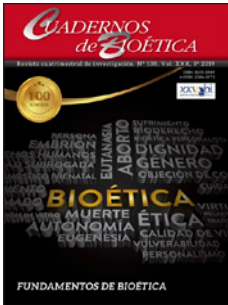
sin saberlo con personas consanguíneas; y cómo gestionar las posibles reclamaciones patrimoniales al Estado.

5. Conclusiones

Siguiendo la línea del Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina (Oviedo), los intereses de la ciencia y de la sociedad nunca podrán prevalecer sobre el bienestar del sujeto presente y de las generaciones futuras. La revisión de todos estos aspectos señalados conduce a un replanteamiento de la ponderación actual entre el deseo de paternidad y los derechos de los hijos. El derecho a conocer la propia identidad afecta directamente a los derechos fundamentales, a la dignidad y al libre desarrollo de la personalidad (art. 10.1 CE). Finalmente debería reconsiderarse la redacción del art.39.2 de la CE relativo a la investigación de la paternidad.

Referencias

- GONZÁLES PÉREZ DE CASTRO, Maricela. La verdad biológica en la determinación de la filiación. Colección Monografías de Derecho Civil. Editorial DYKINSON UNIVERSIDAD DE PIURA Madrid 2013
- GERMÁN ZURRIARÁIN, Roberto. Técnicas de reproducción humana asistida: determinación legal de la filiación y usuarias en el derecho comparado en Cuadernos de Bioética nº 75. Vol. XXII, 2011/2ª
- VILA-CORO, Mª Dolores, Introducción a la Biojurídica. Edit. UCM. Madrid 1995.



LA PRÁCTICA DE LA MEDICINA REPRODUCTIVA EN LA REPÚBLICA ARGENTINA Y SU LEGISLACIÓN

BARTOLOMÉ E. LLOBETA-ORCE

Cátedra de Bioética. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Tucumán. Argentina.

La Madrid 875. San Miguel de Tucumán. 4000. Argentina.

bllobeta@gmail.com

1. Introducción

La República Argentina ha legislado recién en esta década la práctica de la medicina reproductiva clínica, aproximadamente 25 años después de los primeros nacimientos de niños por el uso de estas técnicas en el país (1986).

2. Objetivo

Analizar las características de la legislación específica sobre el uso clínico de las distintas técnicas de asistencia a la reproducción humana en la República Argentina.

3. Material y métodos

Se analizan las normas que regulan la práctica de la reproducción asistida en la República Argentina: la Ley Nacional 26862 (Acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida) del año 2013, su Decreto Reglamentario 956 / 2013 y los artículos 59 y 558 al 565 del Código Civil y Comercial de la Nación (2015). Se describen sus características y su influencia sobre la práctica médica habitual.

4. Resultados

Las normas legales estudiadas regulan algunos aspectos del ejercicio clínico de la medicina reproductiva: el registro y control de los establecimientos asistenciales,

el acceso universal a estas técnicas, las condiciones del consentimiento informado, el criterio de la “voluntad procreacional” para establecer la filiación del niño y las condiciones en las que una persona nacida por estas técnicas puede acceder a la información sobre los donantes de gametos, si es el caso.

5. Discusión

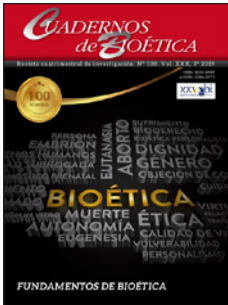
Estas normas responden a la necesidad de ordenar una práctica médica ampliamente utilizada en el país, garantizando el acceso sin discriminación. Algunas situaciones controvertidas – como, por ejemplo, la maternidad por sustitución y el destino de los embriones congelados – no son contempladas en la legislación argentina.

6. Conclusión

La legislación argentina permite el acceso a una medicina reproductiva de calidad y respetuosa de los derechos de las personas involucradas.

Referencias

Ariza, Lucía. (2017). La regulación de las tecnologías reproductivas y genéticas en Argentina: análisis del debate parlamentario. *Cadernos Pagu*, (50), e175005. <https://dx.doi.org/10.1590/18094449201700500005>



CONSECUENCIAS JURÍDICAS EN EL ORDENAMIENTO JURÍDICO ESPAÑOL DE LA INSEMINACIÓN CON EL ESPERMA EQUIVOCADO DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO

LUCÍA APARICIO CHOFRE

Lucia.Aparicio@uv.es

1. Introducción

En la presente comunicación se analizará, desde una perspectiva de género, las consecuencias jurídicas que el ordenamiento jurídico español ha determinado, en una reciente sentencia de su más alto tribunal, ante una negligencia en un caso de inseminación artificial homóloga con el esperma de un tercero.

2. Material y Métodos

Para ello se realizará un exhaustivo análisis tanto, del caso de Tania Cristina Guterrez Campos-Herrero contra el Instituto Canario de Infertilidad S.L.P en sus sucesivas instancias judiciales, (STS 67/2017, 11/01/2017, SAP de las Palmas de Gran Canaria 951/2016, 16/05/2016, y S11 nº 11 de las Palmas de Gran Canaria 1234/2010, 27/03/13), como de la bibliografía científica relativa a la responsabilidad por daños que se pueden derivar en las técnica de reproducción asistida tanto nacional como internacional.

3. Resultados y Discusión

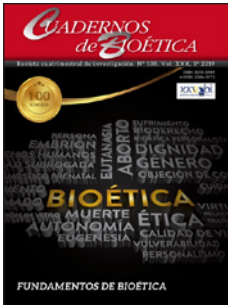
De este análisis se pueden deducir las trágicas con-

secuencias familiares, sociales, morales y patrimoniales que estas negligencias médicas pueden causar en este tipo de técnicas en especial para las mujeres. Y como cualquier tipo de indemnización por daños morales o patrimoniales que se establezca no alcanza a suplir el importante daño causado y la especial vulnerabilidad que genera en las mujeres y los menores.

También se discutirá sobre la condición filosófica que los bebés adquieren en este tipo de técnicas y las trágicas consecuencias que se derivan en algunos casos excepcionales como el presente pero que desgraciadamente con la generalización de estas técnicas son más habituales de lo deseable.

4. Conclusiones

A modo de conclusión se propone una modificación tanto de los protocolos médicos, en especial del consentimiento informado, a seguir en este tipo de técnicas, así como una posible reforma del artículo 8, relativo a la determinación legal de la filiación, de la Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida.



OBJECCIÓN DE CONCIENCIA INSTITUCIONAL Y RESPETO DEL PRINCIPIO DE SUBSIDIARIEDAD SEGÚN EL TRIBUNAL CONSTITUCIONAL CHILENO

JOSÉ ANTONIO DÍEZ-FERNÁNDEZ

Universidad Internacional de La Rioja (UNIR)

Joseantonio.diez@unir.net

1. Introducción

Con ocasión de sendos recursos contra la ley despenalizadora del aborto, el Tribunal Constitucional chileno ha dictado dos sentencias, reconociendo a las instituciones sanitarias privadas el derecho a ejercitar la objeción de conciencia (oc). En la primera, amplía ese derecho a las instituciones conveniadas con el Estado; en la segunda, anula, por inconstitucional, un protocolo de la Contraloría General de la República (2018) que dejaba sin efecto las directrices dictadas por el Gobierno para implementar la oc institucional.

2. Material y Métodos

Examen comparativo de la Constitución chilena (1980); Ley despenalizadora del aborto (2017); sentencias de la Corte Suprema de 28-8-2017 y 18-12-2019; bibliografía latinoamericana y española sobre las sentencias y sucinto análisis de jurisprudencia norteamericana sobre libertad de conciencia de corporaciones.

3. Resultados y discusión

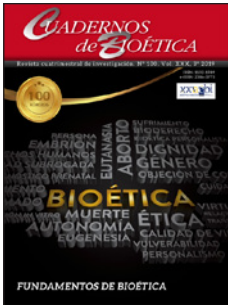
Esta novedosa jurisprudencia se enraíza en el amplio respaldo constitucional otorgado al derecho a la libertad de conciencia, la autonomía de los cuerpos intermedios y de la aplicación del principio de subsidiariedad. Es del todo inusual el reconocimiento de

la oc institucional: no hay apenas antecedentes en la jurisprudencia europea, ni latinoamericana, ni en los Códigos deontológicos profesionales. Sí se encuentra, sin embargo, doctrina relevante en la jurisprudencia norteamericana.

4. Conclusiones

En estas sentencias, la Corte perfila los rasgos jurídicos de la oc institucional y ahonda en sus consecuencias:

1. Pueden invocarla las personas jurídicas privadas, con arreglo a la autonomía constitucional de que gozan los "grupos intermedios".
2. Es "una fórmula equilibrada, que exime de determinadas obligaciones legales cuando repugnan al ideal legítimo de una persona o entidad.
3. Se ampara en la dignidad de las personas que -individualmente o con otros- se niegan a practicar cierto tipo de actuaciones, por razones de conciencia.
4. Tanto instituciones públicas como las privadas contribuyen a la prestación de los servicios sanitarios, sin que, constitucionalmente, quepa atribuir al Estado un rol "preferente" en la ejecución de las acciones de salud" (subsidiariedad).
5. La oc es una excepción, pero no un privilegio o una anomalía del ordenamiento jurídico, en especial, cuando ampara un derecho constitucional.



PREGUNTA POR LA LEGITIMIDAD DE LEGISLAR LA OBLIGATORIEDAD DEL CUIDADO DE SÍ

ARACELY R.-BERNY

Section for Science of Complex Systems, CeMSIS. Medical University of Vienna
Sistema Universidad Abierta y Educación a Distancia SUAyED, UNAM. México.
berny@unam.mx

¿Es lícito cuestionar sobre la pertinencia de establecer una ley que contemple la obligatoriedad del cuidado de sí, en legítima defensa de la propia salud; en legítima defensa del medio ambiente?

¿Se puede hablar de libertad en un individuo cuyo descuido de sí le ha generado un estado tal de enfermedad que se ha convertido en un lastre, para sí mismo, que vive literalmente atado a un cuerpo inutilizado, dependiente y doliente que depende de su entorno para mantener la vida?

Un individuo que no está obligado a cuidarse y cuyo estilo de vida es descuidado, tiende a devenir en enfermo. Las enfermedades emergentes han devenido en un problema de sanidad medioambiental de dimensiones incalculables.

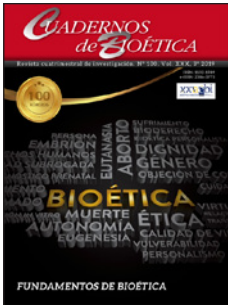
Campañas que afirman: “fumar mata”, resultan inconsistentes: ¡fumar enferma! ¿será más espantoso morir que enfermar? El enfermo no muere, “dura”: “la

vida” se prolonga a cualquier precio, aún a costa de la vida, en su acepción más profunda y radical, éste lo paga, además, el estado, la familia, el medioambiente.

¿Cómo hablar de obligatoriedad del cuidado de sí, sin incurrir en un totalitarismo antidemocrático que no respete ni considere las garantías individuales?

El padecimiento que genera el descuido se llama enfermedad, entre los antiguos esto era motivo de castigo. ¿Se puede elegir entre el castigo a tiempo, infringido por leyes sociales o el “castigo” infringido por el propio cuerpo y extensivo al medio ambiente?

Cuando la ley moral no parece surtir efecto en las sociedades contemporáneas, rancias y saturadas de enfermedades emergentes, da lugar a la pregunta por la legislación judicial, para tratar de evitar enfermar por descuido de sí: “lo difícil, atenienses, no es eludir la muerte; mucho más difícil es eludir la maldad, pues corre más veloz que la muerte”.



LA SUBROGACIÓN COMO TÉCNICA DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA. ¿QUÉ MUJER SERÁ MADRE?

MARÍA-JOSÉ SALAR SOTILLOS, MARTA ALBERT MÁRQUEZ

Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir. Valencia.

Universidad Rey Juan Carlos. Madrid

mariajose.salar@ucv.es, marta.albert@urjc.es

1. Introducción

El 16 de julio del presente año se publicó en el Boletín Oficial de las Cortes Generales la Proposición de Ley reguladora del derecho a la gestación por sustitución presentada por el Grupo Parlamentario Ciudadanos. Con esta propuesta, se recupera la iniciativa presentada por el mismo Grupo en 2017, añadiendo una novedad: la mujer gestante podrá tener lazos de consanguinidad con los futuros padres.

2. Material y Métodos

Estudio de la Proposición de Ley y de la jurisprudencia nacional e internacional sobre la maternidad subrogada en el marco de la legislación vigente sobre técnicas de reproducción humana asistida (ley 14/2006, de 26 de mayo). Se empleará un método comparativo para analizar cómo se articula la determinación de la filiación materna en ambos casos.

3. Resultados

La regulación normativa de las técnicas de reproducción humana asistida se construye sobre la base de la atribución de la maternidad a la mujer que da a luz. En cambio, la legalización de la maternidad subrogada im-

plica la sustitución de este criterio por el que atribuye la maternidad a la mujer que contrata la gestación para sí.

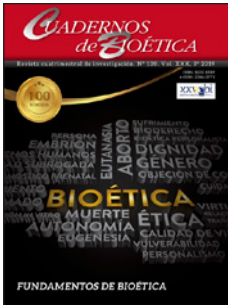
4. Discusión

Aunque la maternidad subrogada trate de presentarse como una técnica más de reproducción humana asistida, su introducción implicaría la excepción al principio de atribución de la maternidad a la gestante, en el que la regulación de las técnicas de reproducción asistida se fundamenta. Esto aumentaría exponencialmente la falta de seguridad jurídica en lo que a la determinación de la filiación concierne, ya que podría plantearse la extensión de tal excepción a otras mujeres con títulos posibles para reclamar la filiación (como la donante del óvulo).

5. Conclusiones

La legalización de la subrogación socaba las bases del modelo de determinación de la filiación en el que se basa nuestra ley de reproducción humana asistida, que considera madre a la mujer que da a luz.

*En el marco del proyecto: Bioderecho y Administración: Régimen Jurídico de la Ética y de los Derechos Fundamentales en las Políticas y Servicios Públicos. Responsable: Antonio José Sánchez Sáez / Francisco José Contreras Peláez. Referencia: DER2017-84964-P



CONOCIMIENTO DEL COMITÉ DE BIOÉTICA ASISTENCIAL (CBA) ENTRE LOS PROFESIONALES SANITARIOS HOSPITALARIOS DE UN DEPARTAMENTO DE SALUD

PONS VALLS F¹, MARCOS GONZÁLEZ E¹, VERA-REMARTÍNEZ E², GARCÍA-GUERRERO J¹ Y COMITÉ DE BIOÉTICA ASISTENCIAL DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DE CASTELLÓN³.

1: Comité de Bioética del Departamento de Salud de Castellón. 2: Centro Penitenciario Castellón I. 3: El CBA del Departamento de Castellón está además compuesto por: Amparo Bernat Adell, Domingo Fabra Gil, Patrici Calvo Cabezas, Belén Martín Parra, Domingo García Marzá, Asunción Rius Peris, Encarna Morales Ventura, Esther Izquierdo Izquierdo, Laura Fabregat Navarro, Raúl Ferrando Piqueras, Carmen Martínez Ródenas y Ana Moliner Monedero.

outlook_DDA2F9958029ADF9@outlook.com

1. Objetivo

Estudiar el grado de conocimiento de los CBA entre los profesionales sanitarios hospitalarios.

2. Material y Método

estudio observacional, descriptivo, transversal y analítico. Selección aleatoria de la muestra, entre los profesionales del hospital de referencia del Departamento. Se cumplimentó un cuestionario diseñado *ad hoc*. El análisis comparativo se realizó mediante el test de Ji-cuadrado de Pearson y test de Fisher. Se generaron modelos de regresión logística binaria para determinar los odd ratios (O.R), siendo variables independientes titulación y sexo. Se aceptó una precisión del 4%, un intervalo de confianza del 95% y un *p* valor inferior a 0,05. Se utilizó el programa IBM SPSS Statistics v.20.

3. Resultados

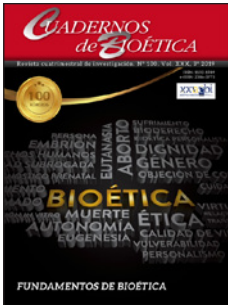
Muestra requerida: 351 profesionales (108 médicos y licenciados; 144 enfermeros y 99 auxiliares de clínica). Contestaron 276 (78,6%; IC95%: 74,0-82,2); 84 médicos (77,8%; IC95%: 68,8-85,2); 120 enfermeros (83,3%;

IC95%: 76,2-89,0) y 71 auxiliares (71,7%; IC95%: 61,7-80,3), con predominio de mujeres (194, 70,3%).

228 (82,6%) conocían la existencia del CBA del Departamento, más los médicos y enfermeros que auxiliares ($p < 0,0001$ en ambos), pero sin diferencia entre médicos y enfermeros ($p = 0,836$; OR:0,901; IC95%: 0,334-2,228). 124 (45,1%) conocían sus funciones, más médicos que enfermeros y auxiliares ($p = 0,002$ y $p < 0,0001$) y más enfermeros que auxiliares ($p = 0,008$). 129 (47,6%) referían algún conflicto ético, sin diferencias entre médicos y enfermeros ($p = 0,119$) pero sí entre estos y los auxiliares ($p < 0,0001$ y $p = 0,001$). 47 (22,4%) refirieron haber tenido conflictos éticos relacionados con el inicio y final de la vida.

4. Conclusiones

El conocimiento de la existencia del CBA es elevado, pero pobre el de sus funciones. Médicos y enfermeros lo conocen mejor que auxiliares de clínica. El inicio y el final de la vida son las situaciones que más conflictos éticos plantean.



ENCUESTA SOBRE EL GRADO DE CONOCIMIENTO Y USO DEL COMITÉ DE BIOÉTICA ASISTENCIAL DEL DEPARTAMENTO DE SALUD 23 DE LA COMUNIDAD VALENCIANA. INSTRUMENTO PARA FUTURAS PROPUESTAS

JOSE MARÍA FERRANDO GISBERT, MARTA CAJA CALVO, CRISTINA PELUFO ENGUX, INMACULADA RICO SALVADOR, SARA MARIN LIEBANA, LOURDES LOPEZ HERNANDEZ.

Hospital de Manises (Valencia)
mcaja@hospitalmanises.es

1. Objetivo

Analizar el grado de conocimiento y el uso del CBA por parte de los profesionales sanitarios del Departamento de Salud de Manises.

2. Material y método

Estudio observacional descriptivo realizado mediante una encuesta online anónima a 1330 trabajadores del Departamento durante el periodo que va desde marzo a junio de 2018. El cuestionario estaba formado por 9 preguntas de respuesta cerrada, 6 evaluaban el conocimiento de la existencia y funciones del CBA y 3 evaluaban la utilización del mismo.

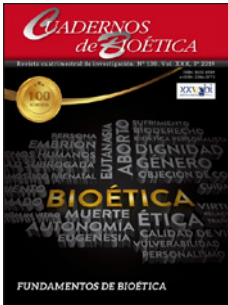
3. Resultados

La participación global fue de 71 encuestas. La distribución por sexos fue de 49 mujeres (70%) y 21 hombres (30%). La media de edad fue de 44 años. La profesión de las personas que contestaron fue: 49% médicos, 26% enfermería, 16% administrativos, 4% auxiliares y 3% celadores. Un 59% eran trabajadores del Hospital de

Agudos, un 32% de Atención Primaria y el 9% restante del Hospital de Crónicos (HACLE) junto con Especialidades. De las personas encuestadas un 91.55% conocían la existencia del CBA aunque un 86% nunca lo había consultado principalmente por no haber tenido un dilema ético (54%). Para aquellos que lo consultaron alguna vez a un 71.5% la respuesta del CBA les ayudó a resolver el dilema y un 75% siguieron su recomendación. El 75% consideraban que legalmente deberían seguir la decisión tomada por el CBA. Un 56% sabían cómo contactar con él y un 96% considera que sería importante la elaboración de un código ético departamental.

4. Conclusión

A pesar de la introducción de la Bioética en las Facultades de Medicina y Enfermería, sigue habiendo en la aplicación práctica médica de la misma, un vacío de forma y contenido, probablemente por falta de sensibilidad en la humanización de nuestros actos médicos y de cuidados. Debería ser más habitual la introducción de la Deliberación Ética en las Historias Clínicas de los pacientes.



VULNERABILIDAD DEL NEURODESARROLLO INDUCIDA POR FACTORES MEDIOAMBIENTALES. ENFOQUE ECONEUROÉTICO

REBECA MIRA SÁNCHEZ, JUAN ANTONIO MARÍN MARTÍNEZ

Instituto de Ciencias Medioambientales y Neurodesarrollo ICMYN

P/I Santa Catalina nº 6, 4º A, 30004, Murcia, móvil:630265660

rebecamiraicmyn@gmail.com

1. Introducción

Los trastornos del neurodesarrollo (TN), según el Manual Norteamericano de Psiquiatría DSM-V se clasifican en: discapacidad intelectual, trastornos de la comunicación (como el trastorno específico del lenguaje, TEL), trastornos motrices (tics, Síndrome de Tourette), trastornos del aprendizaje (dislexia, disgrafía, discalculia), el más grave de todos y del que más evidencia científica hay, el trastorno del espectro autista (TEA), trastornos de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y “otros”, que no cumplen los criterios diagnósticos anteriores. En los últimos años, según datos y publicaciones oficiales, su prevalencia va en aumento y desde la medicina, epidemiología y toxicología ambiental hay un creciente interés por la identificación de los neurotóxicos medioambientales que pueden estar detrás del incremento de dicha prevalencia.

2. Justificación

Identificar los neurotóxicos medioambientales que pueden contribuir a los trastornos del neurodesarrollo infantil, puede tener implicaciones positivas en la prevención e intervención en dichos trastornos (minimizando exposiciones).

3. Objetivo

Revisar la evidencia científica de las principales neurotoxinas ambientales conocidas que pueden afectar a los trastornos del neurodesarrollo.

4. Material: Revistas indexadas

5. Método

Realización de un análisis bibliográfico de la evidencia científica del vínculo de los principales neurotóxicos medioambientales conocidos (disruptores endocrinos,

pesticidas, contaminantes del aire, y metales pesados) y los trastornos del neurodesarrollo.

6. Discusión

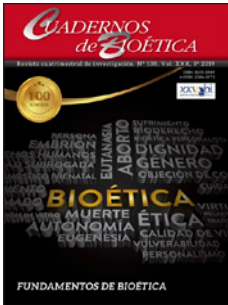
Existe suficiente evidencia bibliográfica que justifica una preocupación por un estudio profundo de la interacción entre factores medioambientales y las alteraciones del neurodesarrollo.

7. Conclusiones

Urge una sensibilización social, basada en la evidencia científica, de la relación que existe entre la neurotoxicidad ambiental y los trastornos del neurodesarrollo.

Referencias

- Bennett D., Bellinger D.C., Bimbaum L.S., Bradman A., Chen A., Cory- Slechta,..., and Whitherspoon N.O., Proyect TENDR (2016): Targeting Environmental Neuro.- Developmental Risk. The TENDR Consensus Statement”. Brief Communication Enviromental Health Perspectives, 124 (7): A 118- A122, doi: 10.1289/EHP358.:Recuperado en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4937840/>
- Grandjean Ph., and Landrigan Ph J. (2014). Neurobehavioural effects of developmental toxicity. The Lancet Neurology 13 (3): 330-338. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(13\)70278-3](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(13)70278-3) Recuperado en: [https://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422\(13\)70278-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422(13)70278-3/fulltext)
- Grandjean, P. Kishi, R.& Kogevinas, M., (2017). Prevention of Developmental Neurotoxicity. Epidemiology (28) issue 2;157-158. Doi:10.1097/EDE000000000000601 from ISEE (La Sociedad Internacional de Epidemiología Ambiental). Recuperado en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27922529>



FACTORES QUE INFLUYEN EN EL DESARROLLO DE LA EMPATÍA HACIA LOS PACIENTES EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA

NANCY BERDUZCO¹, BEGONIA CHOQUENAIRA¹, PAMELA MEDINA¹, BLANCA ESPINZA¹, STEFANY CHOQUECONZA¹, SDENKA CABALLERO², LUIS ALBERTO CHIHUANTITO², EDO GALLEGOS², ALBERTINA CUCHILLO³, BRIGADA PEREYRA³, LUIS VIVANCO^{4,5*}

¹ Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco, Perú

² Universidad Andina del Cusco, Perú

³ Universidad Tecnológica de los Andes, Perú

⁴ Centro Nacional de Documentación en Bioética, Fundación Rioja Salud, Logroño, España

⁵ Plataforma de Bioética y Educación Médica, Centro de Investigación Biomédica de La Rioja (CIBIR), Logroño, España

Luis Vivanco, Ph.D. Edificio CIBIR, CIPiqueras 98, 26006, Logroño, La Rioja, España

lvivanco@riojasalud.es

1. Introducción

Sostenida por una motivación altruista de servicio, la empatía en el ámbito sanitario involucra principalmente el desarrollo de habilidades de comprensión y comunicación hacia el paciente. Lo que la define como un atributo predominantemente cognitivo, antes que emocional. Esta competencia, reconocida como un indicador de profesionalidad y humanización en salud, ha adquirido un creciente interés en la formación profesional sanitaria. En este marco, el objetivo de este estudio fue la caracterización de factores que influyen en la empatía de estudiantes de enfermería.

2. Métodos

Se hizo un estudio observacional mediante encuesta de estudiantes de grado de las tres facultades de enfermería del Cuzco (Perú). Como medidas principales se utilizaron las Escalas Jefferson de empatía, colaboración interprofesional y aprendizaje, y la escala de soledad y satisfacción vital. Los participantes también indicaron: edad, sexo, procedencia, curso académico y facultad. Las variables recogidas se utilizaron para crear un modelo que permitiera explicar la variación de la empatía.

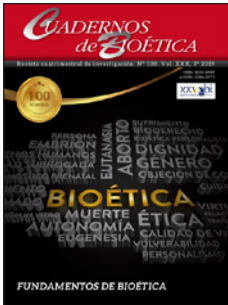
3. Resultados

Participaron 700 estudiantes (72 varones y 628 mujeres), con una media de edad de 23 años (SD=6). De los análisis se obtuvo un modelo explicativo del 53% de la varianza de la empatía. En el modelo, salvo la influencia negativa de la soledad ($p < 0,001$), actuaron como factores positivos de influencia: la colaboración interprofesional ($p < 0,001$), la satisfacción vital ($p < 0,001$), la edad ($p = 0,02$), el ser mujer ($p = 0,008$), y el centro de estudios ($p < 0,001$). Ni las habilidades de aprendizaje, el curso académico o la procedencia mostraron efecto sobre la empatía.

4. Conclusiones

Estos hallazgos indican la influencia de factores individuales y del entorno en la variación de empatía. Además, evidencian la necesidad de introducir mejoras curriculares, puesto que la variación de la empatía no se asoció a un plan de estudios determinado que estuviera reflejado en el avance académico o en la adquisición de habilidades de aprendizaje.

Financiamiento: Estudio cofinanciado: en Perú por el Consejo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación Tecnológica (CONCYTEC) y la Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco (UNSAAC), [Ref. N° E041-2017-UNSAAC-02], y en España por el Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), [Ref. N° PI16/01934] y el Fondo Europeo de Desarrollo Regional para la Rioja (FEDER), [Ref. N° 6FRS-ABC-012]



NUEVAS CATEGORÍAS PARA LA TOMA DE DECISIONES EN BIOÉTICA

FABIO ALBERTO GARZÓN

Programa de Doctorado en Bioética. Universidad Militar Nueva Granada, Colombia.

Correo: fabio.garzon@unimilitar.edu.co.

1. Introducción

El método principialista, ha sido durante años el más utilizado en ética médica, trabaja con una mentalidad dilemática, más comprometida con la decisión final que con el proceso de toma de la misma. Por otro lado, los profesores Garrafa y Porto de la Universidad de Brasilia, cuestionan la ausencia de intervención práctica del principialismo, y proponen el uso de lo que denominaron bioética de intervención, que sea orgánicamente solidaria, política y concretamente activa, que tenga que ver con problemas emergentes de la bioética: sustentabilidad, vulnerabilidad, desigualdad, pobreza, etc. En conclusión, la riqueza del mundo ético y su complejidad no se agotan en los 4 principios de bioética clásica: autonomía, beneficencia, no-maleficencia y beneficencia. Es necesario crear un nuevo marco de análisis. El presente estudio busca proponer una metodología para la toma de decisiones en problemas bioéticos, mediante la construcción de nuevas variables que fundamentan la matriz de toma de decisiones: prudencia, prevención, precaución y protección.

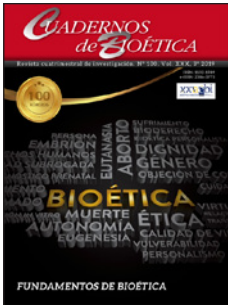
2. Material y métodos

Basado en un análisis conceptual con enfoque cualitativo de tipo descriptivo, en una primera etapa, se desarrolla una revisión crítica de la literatura en diversas bases de datos especializados, cuyos cruces epistemológicos y mediante el enfoque hermenéutico, permiten comprender las dinámicas presentes en contextos propios de la dinámica de los problemas bioéticos emergentes.

3. Resultado, Discusión y conclusiones

Como resultado investigativo se presentará la construcción de una matriz de análisis con el objeto de crear una nueva metodología de análisis de problemas éticos en macro y microbioética y aplicarlos al estudio de casos prácticos.

Producto del Proyecto de Investigación HUM-2978 financiado por la UMNG.



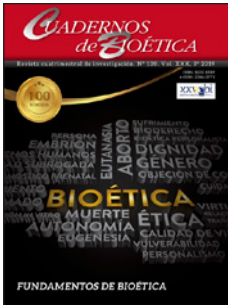
PROFESIONALISMO Y BIOÉTICA. REHABILITANDO LA DIMENSIÓN AFECTIVA EN EL APRENDIZAJE DE VALORES

LUIS E. ECHARTE

Unidad de Humanidades y Ética Médica. Facultad de Medicina. Universidad de Navarra
Calle Irunlarrea s/n, Pamplona (Navarra)
lecharte@unav.es

El movimiento profesionalista resurge con fuerza en la década de los noventa del siglo pasado como respuesta a los avances tecnológicos, cambios culturales e intereses económicos que, desde mitad de siglo, han ido socavando los más hondos valores médicos. Otro factor que explica dicho auge son las nuevas estrategias pedagógicas que, a finales del siglo XX y, en especial en el ámbito universitario, han centrado el desarrollo curricular en la adquisición de competencias. Pero como señalan Hamui y Ruiz, aunque las definiciones de profesionalismo son numerosas, una mayoría “recuerdan los principios fundamentales de la ética médica, desde Hipócrates, para discutir situaciones actuales que resultan inaceptables.” Cabe entonces preguntarse en qué se diferencia el profesionalismo de la ética médica y, yendo más allá, de la bioética contemporánea. En mi

presentación abordo dicha cuestión y destaco, en particular, en el marco de la relación médico-paciente, el énfasis que el profesionalismo pone en el sujeto de la acción el profesional de la salud frente al acento que la ética médica y la bioética conceden al fin de la acción el paciente. En segundo lugar argumento porqué, bajo dicha luz, la perspectiva profesionalista propiciaría una correcta fuerza motivacional en el quehacer deliberativo del médico mientras que la ética médica y la bioética proporcionarían crecientes niveles de objetividad en la toma de decisiones morales. Mi conclusión es teórica pero también muy práctica: propongo que el profesionalismo y la bioética son actividades tan complementarias como necesarias pero que, desde un punto de vista temporal, el primero podría ser más eficaz en las etapas iniciales de la formación del profesional de la salud.



¿UNA MUERTE ALTRUISTA O EUTANASIA? (DONACIÓN DE ÓRGANOS EN ASISTOLIA CONTROLADA DESDE UNA VISIÓN ENFERMERA)

CARMEN COCERA GÓMEZ, ANNA DURÓ ROVIRA, M^a TERESA CAMPS
CUENCA

*Hospital Universitari Vall d' Hebron
Passeig de la Vall d' Hebron, 119-129
08035 Barcelona
terecampscuenca@gmail.com*

1. Resumen

El aumento de las enfermedades crónicas es una realidad manifiesta en la actualidad y cuando se agotan todas las posibilidades de tratamiento, el trasplante de órganos se convierte en la única solución para evitar la muerte o mejorar la calidad de vida estos enfermos. Se trata de una técnica muy desarrollada y con buenos resultados y concretamente, España es líder indiscutible, a nivel mundial, tanto en donaciones como trasplantes, sin obviar, el alto grado de altruismo de la población española. El mayor número de donantes procede de personas fallecidas en estado de muerte encefálica (ME) y, en cambio, insuficiente para cubrir las demandas de la población. Por este motivo, la Organización Nacional de Trasplantes (ONT) se ha propuesto potenciar la Donación de Órganos en Asistolia Controlada (DAC), es decir, la de aquellos enfermos ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), que se encuentran a la espera del paro cardíaco y a quienes

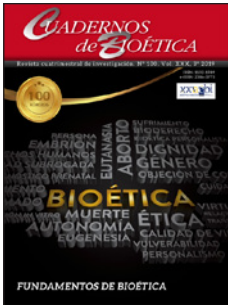
se les aplica limitación del tratamiento del soporte vital (LTSV) tras el acuerdo entre el equipo médico y la familia. Esta práctica puede generar inquietud entre el personal enfermero que les atiende por la no existencia de unos criterios claros de constatación de la muerte del paciente.

El **propósito** de este trabajo es mostrar la relación entre las etapas de una DAC y los principios bioéticos con el fin de aclarar situaciones dilemáticas en la práctica asistencial de la Enfermería.

2. Metodología

Revisión bibliográfica de la perspectiva principalista y personalista, invitando a la reflexión y posterior análisis para defender el respeto a la vida humana y su dignidad.

Conclusiones. La sociedad científica debe consensuar la constatación del momento de muerte para dar certeza de actuación a todos.



LA MEDICALIZACIÓN DE LA MEDICINA, EL PROCESO HISTÓRICO E IDEOLÓGICO DEL “PARTO HUMANIZADO”

MARÍA JOSÉ MONTES-HERNÁNDEZ, MARTHA EUGENIA SAÑUDO-VELÁZQUEZ

Tec de Monterrey-Escuela de Humanidades y Educación

Dirección: Av. Eugenio Garza Sada 2501 sur Col. Tecnológico C.P. 64849 Monterrey, Nuevo León, México
mariajose.monteshernandez@gmail.com

Tec de Monterrey- Escuela de Humanidades y Educación

Dirección: Av. Eugenio Garza Sada 2501 sur Col. Tecnológico C.P. 64849 Monterrey, Nuevo León, México
msanudo@tec.mx

1. Introducción

La medicalización de la medicina pareciera ser un pleonasma, sin embargo una forma de resaltar que la medicina como arte que preserva la salud, se ha transformado en una ciencia que busca resolver los problemas de la salud. Basándonos en los escritos de Ivan Illich, haremos notar que la transformación afecta la forma en que se desarrolla el trato entre médico y paciente, así como las expectativas que se generan durante ese encuentro que permean a todo el sistema de salud.

2. Materiales y métodos

Argumentación con base en revisión bibliográfica.

3. Resultados

En particular veremos la transformación reciente (de 1960 a la fecha) de la forma de parir en la mayoría de los países cuya medicina se ha medicalizado. Discutiremos algunas de las prácticas en torno al parto que se llevan a cabo en el sistema público de salud de México. En respuesta a algunas de esas prácticas ha surgido el movimiento civil que promueve la “humanización” del parto. Nuestro análisis consiste en ponderar qué se quiere decir con “humanizar” una práctica o en su revés, cómo una práctica puede ser deshumanizante.

4. Discusión

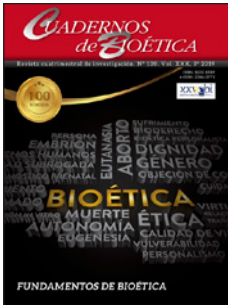
Para este análisis nos valemos de la perspectiva filosófica de Alasdair MacIntyre, filósofo moral que señala una herencia de la modernidad que nos introduce en disyuntivas muy precisas, y que en el caso de la medicina, hace creer a los médicos que tienen razones científicas para actuar de una forma en vez de otra, sin poner suficiente atención a los detalles personales de las pacientes que tienen frente sí.

5. Conclusiones

Propondremos que una atención del parto, basada en una ética de las virtudes, en las que la prudencia da pie a explorar los sentimientos y perspectivas de las mujeres pariendo, permite una mejor experiencia del parto, más satisfactoria, y similarmente exitosa.

Referencias

- Illich I. (1975). *Némesis médica: La expropiación de la salud*. Delhi: Facsimile Publisher.
- Illich I. (1975). The medicalization of life. *Journal of Medical Ethics*, (1), 73-77.
- MacIntyre A.(1978) “What Has Ethics To Learn From Medical Ethics?,” *Philosophic Exchange*: Vol. 9: No. 1, Artículo 3. Disponible en: http://digitalcommons.brockport.edu/phil_ex/vol9/iss1/3



¿DEBE EL MÉDICO INFORMAR A TRÁFICO CUANDO SU PACIENTE PIERDE LAS CAPACIDADES FÍSICAS O PSICOLÓGICAS PARA LA CONDUCCIÓN? UN DILEMA ENTRE LA CONFIDENCIALIDAD Y EL SECRETO PROFESIONAL

MARÍA TERESA VIDAL CANDELA

Hospital Universitario del Vinalopó, Elche.

matevidal@gmail.com

1. Introducción

Se ha llegado a plantear desde algunas instituciones públicas de nuestro país la obligación de que el médico, en su labor asistencial, informe directamente a Tráfico cuando alguno de sus pacientes no cumpla los requisitos mínimos para la conducción, lo que plantea unos problemas éticos en cuanto a la confidencialidad de los datos de salud y el secreto profesional.

2. Objetivo

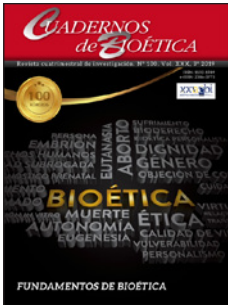
Se analiza esta disyuntiva intentando dar respuesta a cómo se podría actuar bajo unos parámetros éticos aceptables por todos los implicados.

3. Material y Métodos

Se ha realizado una revisión bibliográfica y del marco legislativo actual. Desde el punto de vista ético se reflexiona haciendo especial referencia a las corrientes Éticas Principialista y Personalista.

4. Resultados y conclusión

Existe una justificación ética para romper la confidencialidad en casos de peligro potencial para el conductor o para terceros, basada en el respeto a la vida y la responsabilidad de médico y paciente (según la ética personalista) y en el principio de No-maleficencia y de justicia (según la ética principialista). Planteamos varios posibles niveles de actuación (médico de familia, médico del centro de conductores, paciente) intentando respetar al máximo los derechos y deberes de los implicados.



PROPUESTA DE BIOÉTICA Y ÉTICA AMBIENTAL PARA LICENCIATURA

AGUSTÍN LORÍA ARGÁIZ

Hospital Cemain Tampico, Tamaulipas. México.

Instituto Tecnológico de Monterrey, Campus Tampico.

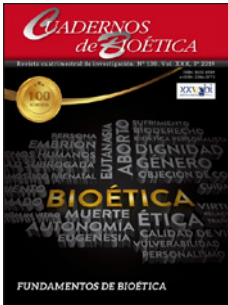
dr_loria@hotmail.com

Esta propuesta surge ante la necesidad de educar para la protección del muy lastimado medio ambiente y ante la falta de materias al respecto desde la formación primaria. Se enriquece con la bibliografía mencionada al final. ¿Qué dirían nuestros sucesores si seguimos destruyendo el medio ambiente, y el planeta?, ¿viviría alguien para hacer crítica?

Basándonos en la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, así como los Derechos de las Generaciones futuras, resaltamos la parte que compete a la biodiversidad y ambiente, trata de las cuestiones éticas relacionadas con la medicina, las ciencias de la vida y las tecnologías aplicadas a los seres humanos, promueve el respeto de la dignidad humana, salvaguarda los intereses de las generaciones presentes y venideras; destaca la importancia de la biodiversidad y su conservación como preocupación común de la especie humana; así como la protección del medio ambiente, la biósfera

y la biodiversidad. La humanidad se ha ido percatando del mal que ha ocasionado a la gran casa de todos, los recursos naturales renovables y no renovables han sido casi agotados, hombres y mujeres, preocupados por la catástrofe mundial, han creído pertinente hablar sobre la formación de valores, como el amor al otro, tolerancia, solidaridad, respeto, laboriosidad, incondicionalidad, responsabilidad, y honestidad.

La primera vez que se comenzó a hablar de una ética orientada al cuidado del medio ambiente, fue en el libro de Aldo Leopold, 1949, *Ética de la Tierra*. En los años setenta, se comienza utilizar la expresión "Environmental Ethics" para referirse a esta nueva área de la ética aplicada. Debemos pasar de una sociedad que solo comprende los intereses presentes a una sociedad planetaria que comprende los intereses de los seres humanos futuros, orientada hacia una justicia intergeneracional basada en el principio de responsabilidad.



PROPUESTA DE UN NUEVO PARADIGMA BIOÉTICO ¿HACIA UNA CORRELACIÓN ENTRE BIOÉTICA Y ESPIRITUALIDAD?

DAVID GUILLEM-TATAY.

Universidad Católica de Valencia "San Vicente Mártir"

1. Introducción

Siempre hemos insistido en que la Bioética es Ciencia. Cierto. Pero por el auge que está cobrando el Transhumanismo y el Posthumanismo, la Bioética católica (si es que se puede hablar así y, quizá, deberíamos empezar a hablar así porque no impide su carácter científico) debe dar una respuesta holística. Siempre hemos tenido miedo, reconozcámoslo. Y es hora de no tenerlo.

2. Material y Método

Documentos escritos donde el *factum* bioético queda reflejado. Método: cualitativo. Descriptivo, explicativo y exploratorio/confirmatorio.

3. Resultados y Conclusiones

El inicio de la Bioética debe mucho a la Teología Moral, y su evolución ha consistido en la progresiva laicización de la disciplina. Pero: ¿Cuál es el futuro de la Bioética? ¿Cuál es, parafraseando a F. D'Agostino, el futuro del ser humano? Conviene, pues, repensar la cuestión que en su día planteó R. McCormick, SJ: ¿Qué aporta la

Bioética católica a la Bioética laica? Nuestra apuesta es proponer fundadamente un humanismo bioético espiritual que, entendemos, hoy se está perdiendo porque se está orillando el mundo del espíritu, que es lo más genuinamente humano. Quizá sea necesario plantear un nuevo paradigma bioético, que incluya la espiritualidad. Que abarque las siguientes temáticas: antropología teológica, estilo de vida, cuidado de enfermos y ancianos, intención humanística de la biotecnología y la nueva genética, apuesta por los cuidados paliativos en ¿el final de la vida?, y hablar de la Vida Eterna.

Referencias

- D'Agostino, F. (2003). *Bioética. Estudios de Filosofía del Derecho*. Ediciones Internacionales Universitarias: Madrid.
- Gafo, J. (2003). *Bioética teológica*. Editorial Desclée de Brouwer-Universidad de Comillas: Bilbao.
- Postigo, E. (2009). *Transhumanismo*. Recuperado de: <https://www.bioeticaweb.com/transhumanismo/>
- Pouliquen, T. M. (2018). *Transhumanismo. Y fascinación por las nuevas tecnologías*. Ediciones RIALP: Madrid.



LAS VIRTUDES QUE TODA ENFERMERA DEBE ADQUIRIR PARA LOGRAR LA EXCELENCIA EN EL CUIDADO

LAURA GARCÍA-GARCÉS¹, ÁNGEL GERÓNIMO LLOPIS²

1. Universidad Cardinal Herrera-CEU, CEU Universities de Valencia, España. laura.garcia19@uchceu.es

2. Centro Educativo Colegio La Purísima-Franciscanas de Valencia, España. gero1983@hotmail.com

1. Introducción

Las enfermeras se enfrentan diariamente a desafíos éticos y a dilemas morales. Su labor se encuentra identificada con los más altos valores morales y sociales: la vida humana, la dignidad de la persona y la libertad, lo que convierte a la enfermería en una auténtica práctica moral. Esta condición exige que sus profesionales deban desarrollar tanto la competencia técnica, como la capacidad moral, inspirada en la dimensión solidaria que aparece ante la vulnerabilidad del ser humano y que obliga al profesional a perseguir la excelencia moral a través de la instrucción en el conocimiento de las leyes y los principios morales, y a adquirir y poner en práctica las virtudes que permitan alcanzar el bien interno de la profesión.

2. Objetivo

Identificar y describir las virtudes que las enfermeras deben adquirir para desarrollar su labor de forma excelente.

3. Material y método

Se ha llevado a cabo una revisión de la literatura científica en las bases de datos Pubmed y WOS usando la ecuación de búsqueda: ("Virtues"[Mesh]) AND "Nursing Care"[Mesh].

4. Resultados

Las principales virtudes son: humildad, prudencia, confianza, fidelidad, lealtad, diligencia, veracidad, dis-

creción, sensibilidad, respeto, empatía, compasión, empatía, altruismo y responsabilidad.

5. Discusión

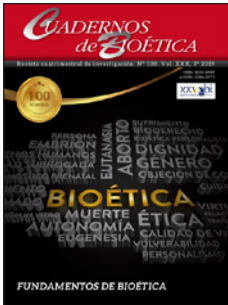
La virtud, tal y como dijo Aristóteles, es un modo de ser, y por tanto, surge del interior de la persona. Así pues, las virtudes son hábitos operativos buenos que se adquieren por la repetición de los actos y que otorgan a la persona la capacidad de obrar en ese sentido. De este modo, las virtudes se pueden cultivar, educar. Un profesional de la enfermería educado en virtudes será capaz de atender de forma integral a la persona.

6. Conclusión

La enfermera que adquiera las virtudes de humildad, prudencia, confianza, fidelidad, lealtad, diligencia, veracidad, discreción, sensibilidad, respeto, empatía, compasión, empatía, altruismo y responsabilidad será capaz de lograr el cuidado excelente.

Referencias

- Feito Grande, L. (2014). Ética del cuidado en Enfermería. En V. Bellver Capella (Ed.), *Bioética y cuidados de Enfermería*. Volumen 1: Aproximación teórica (págs. 101-121). Alicante: CECOVA.
- Romero de San Pío, E. (2013). La ética de la responsabilidad en los cuidados de enfermería. *Revista de SEAPA*, XI, 31-35.
- Vielva, J. (2002). *Ética profesional de la enfermería*. Bilbao: Decleé De Browner.



CONSIDERACIONES ÉTICAS EN EL FUNCIONAMIENTO DE LAS AULAS HOSPITALARIAS

FERNANDO SERRANO PELEGRÍ

C/ Totana, 20-15. Valencia – 46018

fernando.serrano@uchceu.es

1. Introducción

El alumno hospitalizado tiene una serie de necesidades educativas especiales que podrían agravarse a causa de su estado de salud.

El proceso educativo no tiene como fin exclusivo la preparación para el mundo laboral. De hecho, la educación es un proceso formativo que dura toda la vida en el que el niño enfermo no puede abandonar el proceso formativo.

2. Material y medios

Revisar obras de educación, medicina, bioética y textos legales para analizar cuáles son las necesidades formativas y personales de los niños hospitalizados, especialmente aquellos con pronóstico terminal.

3. Resultados y discusión

El aula hospitalaria ES un entorno educativo y terapéutico que garantiza una normalidad en la vida del paciente. En muchas ocasiones priman las cuestiones pedagógicas y didácticas frente a las morales, con dife-

rentes casuística si se analizan las Aulas Hospitalarias de titularidad pública o privada.

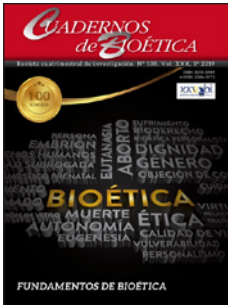
El niño en esta situación debe tener a su alcance una formación más allá de los contenidos curriculares que le ayude en esta etapa crucial de su vida.

4. Conclusión

La priorización de aspectos pedagógicos y didácticos de las aulas hospitalarias pone de manifiesto la necesidad de abordar elementos éticos a la hora de plantear la educación de los pacientes / alumnos en situación terminal.

Referencias

- Comunidad Europea (1986) Carta Europea de los Niños Hospitalizados. Diario Oficial de las Comunidades Europeas. 148, 37-38. Resolución de 13 de mayo.
- Lizasoain, O. y Lieutenant, Ch. (2002) La Pedagogía hospitalaria frente a un niño con pronóstico fatal. Reflexiones en torno a la necesidad de una formación profesional específica. *Estudios sobre educación*, 2, 157-167.



CONTROVERSIAS ÉTICAS QUE GENERA EL ANONIMATO DE LOS DONANTES DE GAMETOS

M^a JOSÉ CANO ALARCÓN

Universidad CEU Cardenal Herrera

C/ Luis Vives 1, 46115 Alfara del Patriarca – Valencia

maria.cano1@uchceu.es

1. Introducción

La donación de gametos para la reproducción asistida genera una serie de controversias sobre si la donación debe ser anónima o no. En el caso de que se mantenga el anonimato se podría vulnerar el derecho de los hijos a conocer sus orígenes, una práctica que podría no ser ética. Sin embargo, revelarlo también nos lleva a nuevos desafíos.

2. Material y métodos

Revisar artículos recientes sobre la donación de gametos anónima o no, las consecuencias de una y otra práctica así como la repercusión que está teniendo en España y en otros países de Europa y EE.UU.

3. Resultados

En los países en los que se ha levantado el anonimato, se constata que el hijo concebido por donación no sólo necesita conocer la identidad del donante sino el contacto con él. Esto hace que aparezcan nuevas rela-

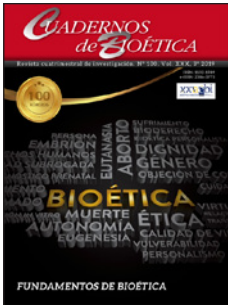
ciones entre donante y la descendencia, incluso entre los “hermanos de semen”.

4. Discusión

La mayoría de los estudios encontrados se han realizado en los países en los que ha levantado el anonimato de los donantes. En España, donde se mantiene el anonimato, se han realizado muy pocos, dato llamativo teniendo en cuenta que es líder europeo y casi mundial en el ranking de la fecundación in vitro, sólo superado por Japón y Estados Unidos.

5. Conclusiones

No sabemos la repercusión que podría tener el levantamiento del anonimato del donante para el negocio de la reproducción asistida en España. Lo que sí parece claro es que nos enfrentaríamos a un nuevo reto: las nuevas relaciones del donante con su descendencia y su papel en la familia. No parece que exista una voluntad por parte de los interesados en este negocio en que se prohíba el anonimato.



ATENCIÓN RELIGIOSA AL FINAL DE LA VIDA EN CUIDADOS PALIATIVOS (2007-2018): DEMANDA, OFERTA Y RESPUESTA

JOSÉ RUIZ ORTA.

Hospital Centro de Cuidados Laguna. Madrid.

joruor@lagunacuida.org

1. Introducción

La demanda de asistencia religiosa al final de la vida es habitual entre los enfermos españoles, mayoritariamente católicos. En Laguna, el Servicio de asistencia religiosa (SAR), compuesto por sacerdotes católicos, está integrado en el equipo multidisciplinar de cuidados paliativos (CP). Por ello, conoce las necesidades del paciente y participa en su manejo integral, dando respuesta a las cuestiones religiosas. Para otras confesiones, facilita la atención por los ministros correspondientes.

2. Metodología

Estudio descriptivo sobre la atención religiosa en una unidad de CP entre 2007 y 2018. Se evalúan las siguientes variables: religión de los pacientes, atención religiosa proporcionada, actitud del paciente y de la familia.

Los datos se trataron estadísticamente con el programa GEPS (Laguna).

3. Resultados

Durante el periodo estudiado se atendió a 5.341 pacientes, de los cuales fallecieron 4.444 (83%). A todos se les ofreció atención espiritual adecuada a sus creen-

cias, valores y preferencias. De los fallecidos, 4.371 (98%) eran católicos u ortodoxos y 73 (2%) de otras confesiones, o sin religión, o ateos.

De los católicos, el 75,5% recibió atención religiosa y sacramental. Aquellos que no la recibieron fue porque la rechazaron explícitamente (11,0%), la familia denegó la oferta (9,6%) pese a aceptar el acompañamiento y el resto por otras causas.

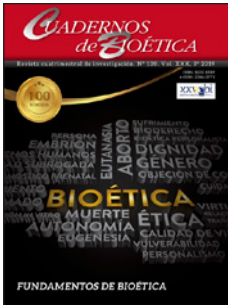
Las unciones se administraron a los enfermos estando conscientes el 54%.

4. Discusión

La asistencia religiosa integrada en el equipo multidisciplinar atiende las necesidades que expresan los pacientes y sus familiares observando lo que dispone la Ley Orgánica de Libertad Religiosa, garantizando los derechos de las personas hospitalizadas al final de la vida.

5. Conclusiones

La mayor parte de pacientes al final de la vida solicitan atención religiosa y la actuación de un SAR proporciona respuesta adecuada a esta demanda.



CONTENCIÓN MECÁNICA Y SU REPERCUSIÓN EN LA DIGNIDAD DE LOS ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS

MARTA LLUESMA VIDAL^A, AIDE CONSUELO VASQUEZ VASQUEZ^B, LAURA GARCÍA GARCÉS^A.

a-Doctora en Enfermería.

Universidad Cardenal Herrera-CEU, CEU Universities

Departamento de Enfermería.

Calle Santiago Ramón y Cajal s/n, 46115 Alfara del Patriarca, Valencia

marta.lluesma1@uchceu.es

b-Residencia de la Tercera Edad de las Hermanitas Ancianos Desamparados.

Carrer de la Mare Teresa Jornet, 1, 46009 València.

1. Introducción

El creciente aumento de la población mayor, ha llevado en las últimas décadas, a la institucionalización de los ancianos donde la restricción física, se usa con demasiada frecuencia para el control de comportamientos y caídas. Por ello es importante que los profesionales de enfermería que trabajan en esta área se formen y busquen alternativas para brindar cuidados sin restricción y así preservar el principio de autonomía y la dignidad de los pacientes.

2. Objetivos

Establecer la prevalencia de la restricción física en ancianos institucionalizados, analizar las consecuencias y lesiones, y determinar los cuidados enfermeros que protegen los derechos y la dignidad del anciano institucionalizado, como alternativa a la sujeción mecánica.

3. Metodología

Revisión bibliográfica a través de la búsqueda de artículos en las bases de datos web of Science (WOS),

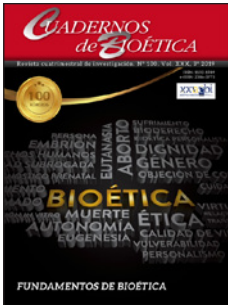
PubMed, CINAHL, Dialnet, MEDLINE y SCOPUS en inglés y español editados en los últimos 7 años.

4. Resultados

Se seleccionaron 15 estudios en los que se observó variabilidad en la prevalencia de la restricción física atendiendo a los países estudiados. Además, se comprobó que la realización de programas de educación y formación para el personal de enfermería disminuyó el uso de la restricción física. Por último, se percibe una asociación entre la restricción física y resultados adversos a nivel psicológico y fisiológico.

5. Conclusiones

La disminución de la restricción física es posible, llevando a cabo programas de formación y educación para los profesionales de enfermería que incluyan a los líderes de los centros residenciales. La formación de los profesionales sanitarios es esencial para tomar conciencia sobre los efectos negativos que produce la restricción física para la integridad y dignidad de los ancianos.



APOYO SOCIAL PERCIBIDO EN LA PÉRDIDA PERINATAL

PAULA PASTOR CORTÓN¹ Y RAQUEL CARCELÉN GONZÁLEZ²

¹*Clinica Bilbao; paulapastor@cop.es*

C/ Bilbao, 18-2. Valencia

²*Universidad CEU Cardenal Herrera, Departamento de Medicina;*

C/ Ramón y Cajal s/n, Alfara del Patriarca, Valencia.

raquel.carcelen@uchceu.es

1. Introducción

La pérdida perinatal es una situación única de duelo, dónde la mujer siente la muerte de otro dentro de ella misma. En nuestro país al “no nacido” o al nacido muerto no se le considera persona y carece de derechos. De hecho, es común la ausencia de rituales que legitimen y calmen la pérdida. El objetivo de este estudio es conocer la intensidad del dolor emocional por la pérdida del bebé así como analizar la percepción de apoyo social, familiar y laboral que las madres experimentan en ese momento.

2. Material y Métodos

Se trata de un estudio observacional descriptivo retrospectivo donde han participado 127 mujeres, que tuvieron una o más pérdidas espontáneas del embarazo en los últimos 10 años. Se recogió información del historial de maternidad, embarazo, y pérdida perinatal. La intensidad de dolor emocional fue evaluada con una escala de 0 a 10. Para evaluar el apoyo social se utilizó la escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (EMAS).

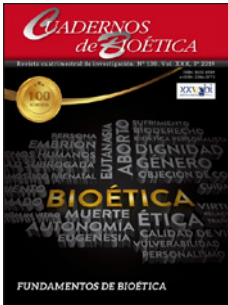
3. Resultados

La intensidad del dolor emocional ante la pérdida fue alta (Media=8.3). El 42.1% de las madres no percibió comprensión por parte de su entorno familiar; ascendiendo al 52.6% en el entorno social y llegando al

64% en el laboral. El 78.1% valoraron el duelo perinatal como un tema tabú. Discusión. Resulta frecuente que la sociedad considere más o menos importante el duelo de la mujer atendiendo a la semana de la pérdida del embarazo¹. Socialmente al contemplarse como una pérdida más simbólica que real² las madres se sienten desautorizadas para estar en duelo ya que no se les considera madres y su bebé no se considera persona³. **Conclusiones.** Es necesario sensibilizar a la sociedad que las pérdidas producidas en cualquier semana del embarazo son altamente dolorosas, y las madres necesitan recibir apoyo social y poder expresar su dolor.

Referencias

- 1 Cassidy PR. Estadísticas y tasas de mortalidad intrauterina, neonatal y perinatal en España. *Rev Muerte y Duelo Perinatal*. 2008; 4.
- 2 Brier N. Grief following miscarriage: a comprehensive review of the literature. *Journal of Women's Health*. 2008; (17): 451-464.
- 3 Cassidy PR. La muerte y el duelo perinatal en contexto sociocultural En: Umamanita editor. Informe Umamanita: Encuesta sobre la calidad de la atención sanitaria en casos de muerte intrauterina. Umamanita. Girona; 2018. P. I-XI.



ATENCIÓN NEONATAL INDIVIDUALIZADA AL FINAL DE LA VIDA Y DUELO CENTRADO EN LA FAMILIA: CUIDADOS PALIATIVOS DESDE ANTES DE NACER

CRISTINA MENÉNDEZ HERNANDO¹, CRISTINA ARRIBAS SÁNCHEZ¹, FELIPE GARRIDO MARTÍNEZ DE SALAZAR¹, LAURA MUÑOZ SAA², REGINA CARDENAS SANTOS², MERCEDES GUTIÉRREZ MARTÍ², LUÍS CHIVA DE AGUSTÍN², JOSÉ MANUEL MORENO VILLARES¹.

¹Servicio de pediatría. Unidad de Neonatología. ² Área de salud de la mujer. Servicio de Obstetricia. Clínica Universidad de Navarra. Sede Madrid.
cmhernando@unav.es

1. Introducción

La muerte del recién nacido es un resultado inesperado en el parto. Pero ante un diagnóstico de enfermedad congénita en embarazo, este se vive con angustia y el parto es, a veces, bienvenida y despedida. Los cuidados paliativos (CP) deben individualizarse para confort del neonato y favorecer que la familia pueda crear el vínculo. Esto ayudará al duelo posterior.

En 2018 se pone en marcha una Unidad Multidisciplinar (neonatólogos, obstetras, matronas, enfermeras de neonatología) de Cuidados Paliativos Perinatales (UMCPP) con Atención Individualizada Centrada en la Familia para ofrecer esos cuidados individualizados desde antes de nacer hasta el nacimiento/fallecimiento o alta (CP domiciliarios).

2. Objetivos

Presentar nuestra experiencia y realizar un estudio descriptivo de los casos clínicos susceptibles de CPP.

3. Material y métodos

Revisión de historias clínicas de RN que precisan CPP: aspectos demográficos, clínicos y cuidados que recibieron.

4. Resultados

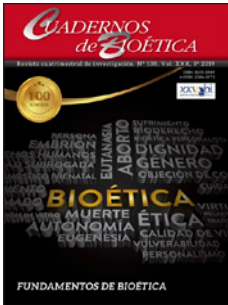
Entre enero 2018 y junio 2019 hubo un total de 4 casos de CPP: dos Sd. Edwards, un Sd. Potter y una anencefalia. Todos acuden por el respeto a no interrupción de embarazo y la existencia de este programa. Todos realizan 2 visitas prenatales neonatólogo-ginecólogo para resolver dudas y conocer deseos de la familia. Uno sobrevive (13 meses CP domiciliarios), 3 fallecen (1 intraparto y 2 en primeras horas). Una recibe oxigenoterapia y otra sedación para confort. Todos reciben caja de recuerdos, fotografías con sus hijos y acompañamiento de familia. 2 pacientes fallecen en brazos de su madre (20 minutos y 2 horas). Todos son bautizados.

5. Conclusiones

El acogimiento de la UMCPP con Atención Individualizada y Centrada en la Familia ha sido muy satisfactorio para las familias y el personal.

Requiere un protocolo guía sobre el que se realiza el plan de parto individualizado, inversión de tiempo e, idealmente, instalaciones adaptadas para ello.

Es necesario individualizar los aspectos médicos, psicológicos, emocionales y espirituales.



LA PLANIFICACIÓN ANTICIPADA EN PERSONAS MAYORES PARA EVITAR CONFLICTOS AL FINAL DE LA VIDA

M^a FUENSANTA VIVANCOS BELMONTE,

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca
c/La Fuente, 19, 1º, 30820, Alcantarilla, Murcia
savibel@hotmail.com

1. Introducción

La planificación anticipada de la atención (ACP) es un proceso continuo en el que los pacientes, sus familias y los profesionales sanitarios que los atienden reflexionan sobre los objetivos, valores y creencias del paciente, discuten cómo deben informar la atención médica actual y futura y, en última instancia, la utilizan.

2. Material y método

Búsqueda bibliográfica en bases de datos de conocido prestigio: Tripdatabase, Cochrane library, UpToDate y Pubmed; utilizando las palabras clave: Advance Care Planning, Aged, Attitude to Death. El criterio de inclusión son artículos cuantitativos y cualitativos incluyendo revisiones sistemáticas (en español e inglés), centrados en el tema a investigar.

3. Resultados

ACP ha mejorado significativamente los resultados múltiples, particularmente para pacientes con enfermedades graves, incluidas las tasas de cumplimiento

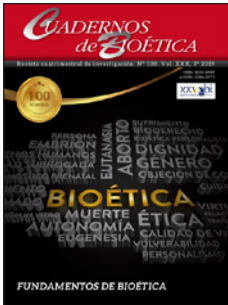
de las instrucciones anticipadas, la probabilidad de que los profesionales sanitarios y las familias comprendan y cumplan con los deseos del paciente, la hospitalización al final de la vida, el uso de tratamientos intensivos al final de la vida, la inscripción en una residencia y la probabilidad de morir en el lugar preferido.

4. Discusión

La literatura bioética y la investigación sobre instrucciones anticipadas ha aumentado significativamente en España en los últimos seis años. Es probable que esta tendencia continúe en el futuro; pero se requieren más recursos y esfuerzo para consolidar las directivas avanzadas. La incertidumbre pronóstica y la trayectoria variable de la enfermedad dificultan la comunicación sobre estos temas, es importante incorporar esta incertidumbre en la ACP.

5. Conclusiones

La planificación anticipada resulta una herramienta útil para evitar conflictos al final de la vida sobre cuestiones éticas.



ENVEJECIMIENTO Y SALUD: LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA COMO PARTE DEL ENVEJECIMIENTO SALUDABLE

OLGA MARTINEZ CASARES¹, REYES BOCETA MUÑOZ¹, MARIA CUBILLO DÍAZ-VALDÉS²

¹Universidad Rey Juan Carlos. Departamento de Epidemiología y Salud Pública

³GlaxoSmithkline. Departamento Médico

1. Introducción

El envejecimiento de la población refleja un descenso de la mortalidad combinado con mayor longevidad y reducción en la fertilidad. Como consecuencia de estos cambios demográficos, el envejecimiento es ahora objeto de atención de organismos reguladores e instituciones de ámbito mundial con el fin de promover el envejecimiento saludable en la sociedad.

2. Material y Métodos

Revisión bibliográfica de documentos elaborados por la Organización Mundial Salud, Organización de Naciones Unidas, European Medicines Agency e International Conference of Harmonization y publicaciones científicas relacionadas con el envejecimiento y la salud.

3. Resultados

El envejecimiento saludable es el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez. La capacidad funcional comprende los atributos relacionados con la salud que permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ella.

La edad cronológica no basta para entender el envejecimiento. Se pueden considerar tres grupos (65-74, 75-84 y ≥ 85) a la hora de valorar acciones relacionadas con la salud.

La población geriátrica es la mayor consumidora de medicamentos y por tanto su participación en los ensayos clínicos es indispensable.

4. Discusión

El envejecimiento saludable es multifactorial e incluye la afectación por trastornos de salud crónicos y la toma

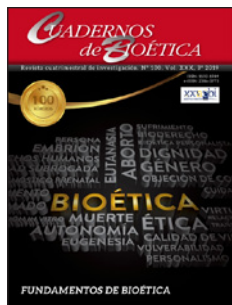
de medicamentos. La limitación de la inclusión de la población geriátrica en los ensayos clínicos ha resultado con frecuencia en la falta de información sobre la eficacia y efectos secundarios del uso de medicamentos en los grupos de mayor edad.

5. Conclusiones

Existen numerosas iniciativas destinadas a comprender el envejecimiento y a establecer las políticas adecuadas que favorezcan un envejecimiento saludable. Sin embargo, siendo la población anciana la mayor consumidora de fármacos existe una subrepresentación de esta población en los estudios clínicos. Es necesario definir acciones para difundir la investigación clínica como una opción dentro del entorno de la salud y el envejecimiento saludable.

Referencias

- (1) Informe mundial sobre el envejecimiento y salud. Organización Mundial de la Salud. Catalogación por la Biblioteca de la OMS 2015: ISBN 978 92 4 069485 9 (ePub) ISBN 978 92 4 356504 0 (Clasificación NLM: WT 104) ISBN 978 92 4 069485 9 (ePub) ISBN 978 92 4 069486 6 (Daisy) ISBN 978 92 4 069487 3 (PDF).
- (2) World Population Ageing 2017 (ST/ESA/SER.A/408). United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2017). Published by the United Nations Copyright © United Nations, 2017.
- (3) Drug Policy for an Aging Population. The European Medicines Agency's Geriatric Medicines Strategy. Francesca Cerreta, Pharm.D., Hans-Georg Eichler, M.D., and Guido Rasi, M.D. November 22, 2012. N Engl J Med 2012; 367:1972-1974. DOI: 10.1056/NEJMp1209034



ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN LAS INSTRUCCIONES PREVIAS DE LAS DIFERENTES COMUNIDADES AUTÓNOMAS

ENCARNACIÓN PÉREZ BRET*, YOLANDA ZURIARRAIN REYNA*, TERESA RINCÓN DEL TORO**

*Fundación Vianorte-Laguna

**Dirección asistencial Norte. Servicio Madrileño de Salud
 C/ Concejal Francisco José Jiménez Martín, 128 28047 Madrid
 eperezbret@lagunacuida.org

1. Introducción

La adecuación del esfuerzo terapéutico (AET) valora el estado general, pronóstico, circunstancias particulares y beneficios/perjuicios del tratamiento. Es preciso que también respete las instrucciones previas del paciente (IIPP) que haya registrado cuando estaba consciente y era capaz.

2. Metodología

Se han revisado los modelos de IIPP de las 17 CCAA disponibles online en 2019 y se han comparado los datos de los formularios sobre las situaciones clínicas y los aspectos que se registran para la toma de decisiones.

3. Resultados

De las 17 CCAA revisadas, 14 clasifican las situaciones clínicas en las que aplicar las IIPP en situaciones similares a:

- Enfermedad incurable avanzada
- Enfermedad terminal
- Situación de agonía

La información recogida en las IIPP varía considerablemente entre las distintas CCAA: de muy concreta (respuestas cerradas) a muy general, dejando espacios en blanco (respuestas abiertas) como ocurre en 3 de las CCAA.

En 3 de la CCAA hacen mención explícita del respeto a la buena práctica de los profesionales y en 6 a preservar la vida de la madre si estuviera embarazada, hasta que sea viable el feto.

4. Discusión y Conclusiones

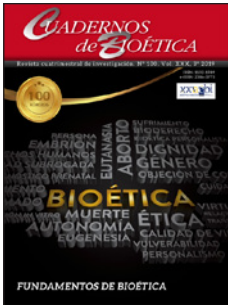
Son notorias las diferencias de datos recogidos en las IIPP de las distintas CCAA. Es reseñable que ante situaciones clínicas muy diferentes como estado vegetativo y agonía, en muchas CCAA haya que elegir la misma respuesta.

Las IIPP una vez registradas en cada CCAA son válidas en toda España, pero el contenido recogido es distinto en cada una de ellas.

Facilitaría en la toma de decisiones clínicas y AET si se unificara el formulario a registrar a nivel nacional, permitiendo tomar decisiones según distintas situaciones clínicas.

Referencias

- Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente.
- Ley 3/2005 regula el ejercicio de IIPP
- Real Decreto 124/2007 Registro nacional de IIPP



¿QUIÉN DECIDIRÁ POR TI? A PROPÓSITO DEL DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS

M^a ROSARIO LUIS-YAGÜE LÓPEZ

Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

Dirección: CI de la Aduana 29. 28013- Madrid

rosario.lyague@gmail.com

1. Introducción

Hace 17 años que la 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, reguló en su artículo 11 el documento de instrucciones previas, siendo a fecha de hoy la tasa de declarantes con instrucción previa activa del 6,35 por 1.000 en España y del 4,42 en la Comunidad de Madrid (CM).

En todos los países desarrollados se está produciendo aumento de esperanza de vida con envejecimiento y sobreenvjecimiento poblacional. España es el país de Europa con mayor esperanza de vida (83,24) y el segundo a nivel mundial.

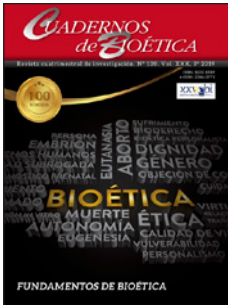
Debido al aumento de esperanza de vida, aumentan las enfermedades crónicas, estando en España el 94% de las personas con enfermedad crónica polimedcada, y el 22,8% con limitación crónica por problemas de salud.

2. Material y Métodos

Análisis de los Planes y Estrategias existentes en la CM valorando si propician el cumplimiento del artículo 28, Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la CM que regula, la declaración de instrucciones previas y el ejercicio de dicho derecho a favor de "la persona mayor de edad, que tenga capacidad y actúe libremente".

3. Conclusiones

Exposición de medidas existentes encontradas y el impacto de las mismas. Propuestas a llevar a cabo en diferentes ámbitos de intervención (sanitario, social, educativo, judicial, ...) encaminadas a que cada vez sea mayor el número de personas que puedan llegar a manifestar "anticipadamente su voluntad, para que esta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlo personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de sus órganos" y nadie tenga que decidir en su lugar.



FINAL DE VIDA. CONTROVERSIAS EN ATENCIÓN PRIMARIA.

MONTserrat ESPUGA GARCIA, ESTRELLA BARCELÓ COLOMER, M. ANTÒNIA CAMPS CORRONS, MANEL CANO SOLER, MERCÈ CARRANZA PIQUER, ROSA CARRASCO, MARGARITA CURRUBÍ CASASNOVAS, ISABEL MINGUELLA GARCIA, M. LLUISA ORTEGA CANO, M. CARMEN PRIETO VILLANUEVA, ROSER QUINTA BARBERO, GRÀCIA SOLER, JORDI XANDRI CASALS

Comité Ética Asistencial Atención Primaria, Institut Català de la Salut.

Cap Rio de Janeiro. ICS. Avda Rio de Janeiro 91 08016 Barcelona.

mespuga.bcn.ics@gencat.cat; cea.ics@gencat.cat

Ceaapics.wordpress.com para consultar lugar de trabajo de todos los participantes del CEA.

1. Introducción

El final de vida presenta múltiples situaciones y genera distintas preguntas a todas las personas que participen desde el paciente, la familia y los equipos sanitarios,

2. Material y métodos

El Comité de Ética Asistencial en Atención Primària del Institut Catala de la Salut (CEAPPICS) recibe múltiples consultas sobre este tema. Concretamente desde inicios del 2018 se han recibido 4 consultas por estos motivos

Metodológicamente el CEAAPICS siempre recaba información del caso, legal, médica y opiniones de expertos. Se delibera en grupo y elabora respuesta que es remitida.

3. Resultados

Los principales puntos debatidos fueron: Voluntad de un paciente joven de morir. No aceptación de curas sanitarias, si de acompañamiento.

Pacientes ancianos que niegan terapias que pueden alargar la vida (Marpasos, cirugía).

Comunicación equipo sanitario de equipos sanitarios y familia a través de un hijo, no del paciente

4. Discusión y conclusiones

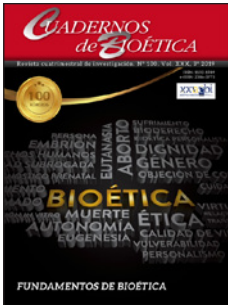
Las consultas alrededor de este tema son cada vez menos frecuentes hecho que interpretamos viene dado gracias a los cursos sobre paciente crónico y final de vida impartidos para los equipos de AP.

Valoramos las consultas como complejas, y en las que el debate y la visión de grupo o expertos pueden ser de ayuda.

No todo lo técnicamente posible es aceptado por las personas, quienes cada vez más reclaman autonomía y dignidad para sus últimos días.

Referencias

- LLEI 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica. DOGC núm. 3303, 11/01/2001 <https://portaldogc.gencat.cat/utillsEADOP/PDF/3303/1129925.pdf>
- Rebuig del tractament (I). Document del CEAAPICS.
- Recomanacions del Comitè de Bioètica de Catalunya davant el rebuig dels malalts al tractament. Comitè de Bioètica de Catalunya 2010.



EUTANASIA Y ASISTENCIA SOCIO-SANITARIA AL FINAL DE LA VIDA EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN. PRENSA ESCRITA. REALIDAD SOCIAL

ROSA PINTO BONILLA¹, EDURNE DE LA CÁMARA SAHUQUILLO²

1 Departamento de Anatomía y Embriología Humana. Universidad de Valencia.

2 Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Ciencias de la Alimentación, Toxicología y Medicina Legal. Universidad de Valencia.

1. Introducción

La prensa escrita pone a disposición del gran público, de sus lectores, noticias mediante las cuales transmiten determinados tipos de informaciones referidas a la eutanasia y cuidados paliativos socio-sanitarios al final de la vida. La influencia de estos procesos de comunicación pone en relieve la gran importancia e impacto que provocan sobre la opinión pública y la concienciación social sobre dichos temas.

2. Material y métodos

Búsqueda en prensa escrita española de ámbito sanitario, de artículos periodísticos referentes a eutanasia y cuidados al final de la vida, valorando tanto el título como el *corpus* de la noticia, durante un período de 5 años (2013-2018).

3. Resultados

La imagen social de las personas que se encuentran en diferentes situaciones de vulnerabilidad se gesta desde diversos escenarios y situaciones: qué titular, qué autor informa, desde qué perspectiva, qué situación, qué código es el utilizado, sobre qué hipótesis pivota el artículo, que pretende comunicar/informar, cuáles son los protagonistas, qué organizaciones, instituciones públicas/privadas están implicadas, que conclusiones obtienes y en qué sociedad o contexto.

4. Discusión

Proponemos una reflexión acerca del posicionamiento de los medios de comunicación en la construcción de la información que atañe al fin de la vida sin sufrimiento. Principalmente asumimos que cualquier proceso de comunicación es un acto complejo, muchas veces inacabado pero sobre todo es un hecho social emergente, que conlleva implicaciones en la toma de decisiones públicas y privadas, organizaciones profesionales y debates políticos.

5. Conclusiones

La inmensa mayoría de las veces el texto de carácter informativo es un texto que carece de coherencia, relativiza cuestiones fundamentales, potencia datos secundarios. En otras ocasiones la información ofrecida es información sesgada, solo es dada a conocer en determinadas situaciones o se recurre en exceso al dramatismo o a la obtención del máximo impacto.

Referencias

- Ibañez J. Análisis sociológico de textos y discursos. *Revista Internacional de Sociología*. 1985; 1: 119-162.
- Herranz G. Eutanasia o Medicina. *Cuadernos de Bioética*. 1990; 1(4): 21-24.
- Vega J, Martínez P. Enfermo terminal y eutanasia desde el punto de vista del personal sanitario. Valladolid: Secretariado de Publicaciones Universidad de Valladolid; 1991. 370 p. ISBN: 84776223X.



VOLUNTADES ANTICIPADAS: UN DERECHO NO DESARROLLADO

MARIA LOURDES CANTERO GONZÁLEZ*, ANA BELÉN TINOCO QUEVEDO**

*E. U. Enfermería de Cartagena. Universidad de Murcia. Paseo Alfonso XIII; Campus del Rosell. Cartagena.

lcantero@um.es

**anabelen.tinoco@um.es

1. Introducción

El documento de instrucciones previas tiene una escasa popularidad a nivel nacional. En enero de 2019 se contaba un total de 278.368 personas que habían presentado dicho documento en el Registro Nacional de Instrucciones Previas, lo que representa un 0,6 de la población mayor de edad. Por Comunidades Autónomas, Cataluña, con un 30% de estos registros ocupa el primer puesto de testamentos vitales registrados; le siguen Andalucía, 14%; Madrid, 9,66%; Comunidad de Valencia, 9,20% y País Vasco, 8,70%. Entre estas comunidades suman el 71,56% del total de registros.

2. Material y método

Se realiza una búsqueda documental de datos para comparar inscripciones por Comunidades Autónomas y su repercusión a nivel profesional.

3. Resultados

Si la Ley nos dice que una persona mayor de edad, capaz y libre, pueda manifestar anticipadamente su

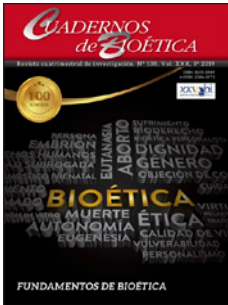
voluntad sobre los cuidados, tratamiento e incluso el destino, una vez llegado el momento, de su cuerpo o sus órganos, cuando de manera autónoma no pueda realizarlo, nos encontramos ante un derecho que está por desarrollarse.

4. Discusión

¿Quién o quiénes y cómo se debe informar sobre este derecho?

Referencias

- 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.
- Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero*, por el que se regula el Registro Nacional de instrucciones Previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal.
- Orden SCO/2823/2007, de 14 de septiembre*, por la que se crea el fichero automatizado de datos de carácter personal denominado "Registro Nacional de Instrucciones Previas".



ADECUAR EL TRATAMIENTO NO ES ABANDONAR, ES INTENSIFICAR EL TRATO

JUAN MARTÍNEZ HERNÁNDEZ^{1,2}, MARCOS MARTÍNEZ VIVANCOS³, FLORA VERA ESCOLAR^{1,2}, MARÍA DEL CARMEN VÁZQUEZ GUERRERO², MARÍA DEL CARMEN BALLESTER ZAPATA², ²NORMA LILIANA CASCO

¹Hospital General Universitario Santa Lucía, Servicio de Medicina Intensiva, Comité de Ética Asistencial;

²Universidad Católica de Murcia, Grupo de Investigación "Bioética en el Siglo XXI"; ³Universidad de Murcia Calle Santa Cecilia nº 14, 30.107. Guadalupe. Murcia. jumalupe@hotmail.com

1. Introducción

La adecuación de medidas diagnósticas y terapéuticas ante la enfermedad de una persona es un proceso propio de la asistencia sanitaria. Cuando la evolución no es favorable, esa adecuación tiende a retirar o no implementar medidas que pueden considerarse desproporcionadas, pero nunca abandonar al paciente. Con el presente caso planteamos como, lejos de abandonar, la adecuación supone una intensificación en el trato global del paciente y su familia.

2. Material y métodos

Análisis descriptivo retrospectivo del caso de un paciente ingresado en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) por parada cardíaca (PC). Se utiliza: historia clínica, informes, evoluciones, consentimientos e información reflejada.

3. Resultados

Paciente de 68 años ingresado en UCI por PC extrahospitalaria. Antecedentes: obesidad. Permanecía de vacaciones en la Comunidad donde presenta la PC, a 400 Km de su domicilio. Es diagnosticado y tratado de obstrucción en una arteria coronaria. Permanece intubado, inicialmente sedado, posteriormente en coma sin sedación. Procedimientos: ventilación mecánica invasiva, electrocardiogramas seriados, ecocardiografías, cateterismo, TAC craneal, resonancia cerebral, electroencefalograma, potenciales evocados, analíticas, etc. La familia -desplazada acompañándole- le visita diariamente. En estado de coma y con criterios para dona-

ción en asistolia controlada se le plantea a la familia, otorgando consentimiento.

4. Discusión

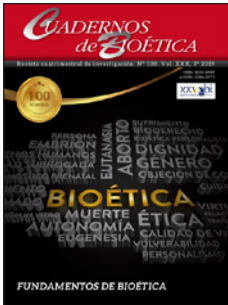
Se aplicaron todas las medidas diagnóstico-terapéuticas indicadas. La actitud inicial familiar era demandante de medidas, pero progresivamente iban asimilando la información y el pronóstico. De la "demanda" de tratamientos se pasaba al agradecimiento por el trato recibido y, finalmente, junto al dolor por la pérdida del ser querido, la compasión, la solidaridad y el altruismo en la donación.

5. Conclusiones

La relación clínica es el pilar para un planteamiento de adecuación de esfuerzo terapéutico. El tratamiento intensivo pasa a un trato intensivo cuando se abordan todas las dimensiones de la persona; es un metatratamiento que incluye a la familia y se impregna por la compasión.

Referencias

- García Sánchez, E. *Despertar la compasión: el cuidado ético de los enfermos graves*. Ed. EUNSA. Pamplona, 2017.
- Gómez Rubí, J. A., Abizanda Campos, R. *Bioética y medicina intensiva: dilemas éticos en el paciente crítico*. Madrid: Edica Med: SEMICYUC (Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias), 1998.
- Requena Meana, P. *¡Doctor, no haga todo lo posible! De la limitación a la prudencia terapéutica*. Editorial Comares. Granada, 2017.



LA VALORACIÓN MORAL DEL SUICIDIO

JAIME VILARROIG MARTÍN, JUAN MIGUEL ESTEVE ESTEVE

Universidad CEU Cardenal Herrera

C/ Grecia, 31, Ciudad del transporte, Castellón

jaime.vilarroig@uchceu.es

1. Introducción

La comprensión del suicidio requiere atender al hecho mismo, a la interpretación adecuada del mismo, y por último a su valoración moral. El hecho del suicidio lo proporciona la estadística anual en España (primera causa de muerte violenta, por encima del asesinato o los accidentes de coche). A la interpretación del hecho ya se han dedicado algunos trabajos previos (Vilarroig, Esteve, 2019; Vilarroig, Esteve, Soto, 2018). ¿Por qué nadie cuestiona la maldad moral del asesinato y sí se cuestiona la del suicidio?

2. Material y Métodos

Estudio de la cuestión moral en algunos autores relevantes: Platón, Séneca, Tomás de Aquino, Feijóo, Montaigne, Schopenhauer, Hume, Camús, Landsberg, Szasz, Kagan, etc.

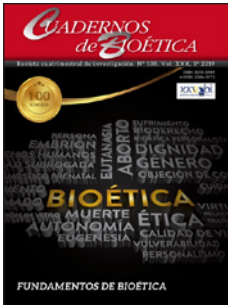
3. Resultados y discusión

Si el suicidio es una acción humana cabrá calificarla en términos de “buena” o “mala”, digna de elogio o

vituperio. Pero así como en el asesinato no hay discusión acerca de su maldad, no sucede lo mismo en el caso del suicidio. Por ello, las opiniones a favor o en contra se superponen continuamente. Las visiones no pueden ser más contrapuestas: desde la condena y el rechazo total hasta la glorificación y mitificación del suicida. Parte del problema consiste en que la palabra “asesinato” ya viene cargada valorativamente con una connotación negativa, cosa que no siempre sucede con la palabra “suicidio”.

4. Conclusiones

Las razones más importantes por las que se rechaza el suicidio continúan siendo las del daño causado a uno mismo y el daño causado a quienes les debo en cierto sentido la vida (los padres, la comunidad, la divinidad). Es fundamental para comprender bien esto último retomar el concepto de reciprocidad.



LA DIMENSIÓN MORAL HUMANA EN LA EDAD AVANZADA: APUNTES DESDE SCHELER SOBRE EL PAPEL DE LA INTUICIÓN

JUAN MIGUEL ESTEVE ESTEVE

Universidad CEU Cardenal Herrera

Calle de Grecia, 31, 12006 Castellón de la Plana

jmesteve@uchceu.es

1. Introducción

El aumento de la esperanza de vida en las sociedades desarrolladas, ha hecho emerger un conjunto de problemas bioéticos relacionados con las personas ancianas. El deseado “vivir más” parece ir asociado, paradójicamente, con actuaciones externas en muchos casos incompatibles con la dignidad del “viviente” de edad avanzada, más si cabe cuando éste desarrolla conductas que son expresión de un proceso de deterioro cognitivo. Al anciano parece presuponerse la pérdida parcial o total de la estructura y propiedades que posee como persona, de su dimensión social, moral,... Aquí mostramos unas notas que hemos elaborado a partir de la ética de los valores de Max Scheler en defensa de la dignidad del anciano.

2. Material y métodos

Estudio de la ética material de los valores de Max Scheler (1874-1928).

3. Resultados y discusión

Para Scheler, saber cuáles son los valores positivos a realizar y los negativos a evitar no es consecuencia solamente de un proceso intelectual o racional, sino más bien de la intuición emocional, pues estos valores no se razonan sino que son fundamentalmente captados. En este sentido, a pesar del deterioro cognitivo en el anciano, podría continuar dándose la captación de los valores de Scheler por intuición, sin que el daño cognitivo suponga una pérdida de su moralidad. La contemplación misma de la realidad haría sentir al anciano si está ante una situación concreta buena o mala, porque en esa situación se ha encarnado su valor positivo o negativo, valor que él todavía sería capaz de captar a la manera de Scheler.

4. Conclusiones

A la luz de Scheler, concluimos que la dimensión moral del hombre puede permanecer aún en ancianos con deterioro cognitivo, debido a que los valores que se realizan en una situación real son todavía captados por intuición.

