



Resúmenes de las Comunicaciones

**XIII CONGRESO INTERNACIONAL DE LA ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA DE BIOÉTICA Y ÉTICA MÉDICA (AEBI)**

(CELEBRADO EN LOGROÑO EN LA SEDE DEL CIBIR

LOS DÍAS 22 Y 23 DE OCTUBRE DE 2021)



CONSIDERACIONES ÉTICAS EN EL USO DE CRISPR/Cas9 EN LA EDICIÓN GÉNICA DE EMBRIONES HUMANOS

EVA MARTÍNEZ CID DE RIVERA^{1,2} Y VICENTE SORIANO²

¹Centro de Salud Los Pintores, Parla

²Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Internacional de La Rioja (UNIR)

1. Introducción

La tecnología CRISPR/Cas9 ha supuesto una revolución para la edición génica. Su utilización en embriones humanos suscita importantes cuestiones éticas.

2. Métodos

Revisamos la literatura científica de los últimos 10 años sobre el uso de CRISPR/Cas9 en embriones humanos. Para ello, se identificaron y examinaron un conjunto de variables en los artículos revisados por pares en lengua inglesa recogidos en PubMed.

3. Resultados

Identificamos como más relevantes las siguientes cuestiones éticas:

1. **Dignidad humana.** ¿Qué nos hace humanos? Una técnica que permite modificar el genoma del embrión humano hace necesaria una reflexión inicial: la dotación genética no define totalmente la esencia del ser humano, un misterio que la ciencia nunca podrá explicar exhaustivamente. Ignorarlo implica no tratarlo según su dignidad.
2. **Justificación terapéutica.** Las actuales recomendaciones sobre su aplicación clínica en embriones humanos admitirían su uso terapéutico en raras situaciones en las que supondría la única posibilidad para algunas parejas de tener hijos sanos y propios. Podría

iniciar una pendiente resbaladiza, ampliándose a la corrección de otras enfermedades genéticas, “corrigiendo” embriones antes de ser implantados. El abuso derivaría en una sociedad intolerante hacia la enfermedad y la discapacidad. Es conveniente revisar la percepción de que la discapacidad sólo se asocia a aspectos negativos y es incompatible con una vida humana completa.

3. **Uso con fines de mejora.** Permitiría a los padres, según el principio de beneficencia procreativa, ‘mejorar’ a sus hijos. Esta intervención alteraría la **relación entre padres e hijos**. El hijo no sería alguien digno de ser cuidado y acogido independientemente de sus características, sino alguien diseñado por sus padres.
4. **Transhumanismo.** Con el fin de lograr una evolución de la especie dirigida por el hombre, pretende un futuro sin enfermedad ni sufrimiento. Se evitaría el nacimiento de individuos ‘incapaces’ de vivir una *buena vida*. Una sociedad que no acogiera la diversidad y la debilidad sería menos humana.
5. **Equidad.** Si la técnica no fuera igualmente accesible a todos los individuos, grupos sociales y naciones, aumentaría la desigualdad.
6. **Conclusiones:** La utilización de la técnica CRISPR/Cas9 en embriones humanos, incluso con fines curativos, es previsible que se siga de abusos y consecuencias negativas, contrarias a la naturaleza humana, lo que hace prioritario regular de forma estrecha su uso.



CONFLICTOS BIOÉTICOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DE LA NEUROLOGÍA

DENISSE ROCÍO CÁCERES SILVA¹; VICENTE SORIANO¹; ÁNGEL MATEU MATEU².

¹Universidad Internacional de La Rioja, Logroño, España. ²Hospital de Denia, Denia, España.

1. Introducción

La práctica clínica de la neurología suscita múltiples situaciones en las que la bioética juega un papel crítico en la toma de decisiones. En este trabajo proponemos un marco de discusión ética para tres situaciones clínicas que consideramos representativas. Se trata de la patología neurológica aguda, los cuidados al final de la vida en patología neurodegenerativa y los conflictos al inicio de la vida en el contexto de enfermedades neurológicas de transmisión hereditaria.

2. Método

Estudio observacional descriptivo. Se realizó una revisión bibliográfica en bases de datos bibliográficas (PubMed/MEDLINE) y guías médicas. Se incluyeron artículos científicos, libros y textos legales. Las palabras utilizadas en las búsquedas incluyeron: bioethics, stroke, neurodegenerative disorders, end of life care, genetic counseling.

3. Resultados

Patología neurológica aguda. Las actuaciones del profesional médico deberán ajustarse al mayor beneficio y menor daño al paciente. El respeto a la autonomía del paciente juega un papel prioritario. Sólo en ausencia de capacidad, se tomarán decisiones por sustitución.

Los pacientes tienen derecho a recibir una atención de calidad mediante una distribución justa y equitativa de los recursos.

Cuidados al final de la vida. La planificación anticipada de decisiones es el instrumento más adecuado para asegurar el respeto a la autonomía del paciente. Es fundamental para indicar medidas invasivas. En el paciente terminal se evitará el encarnizamiento terapéutico. Se respetará el valor de la vida humana y debe estar disponible la sedación paliativa.

Pruebas genéticas prenatales. Hay que primar la dignidad del ser humano. La eliminación eugenésica mediante el diagnóstico pregestacional supone la eliminación de embriones in vitro antes de la implantación, cuando son portadores de alteraciones genéticas; sin ofrecer ninguna alternativa, terapéutica o no. Más adelante en la gestación, el diagnóstico prenatal seguido del mal llamado 'aborto terapéutico' es una práctica disconforme con la ética médica.

4. Conclusiones

Las consideraciones éticas son fundamentales en la práctica de la neurología clínica, en la cual debe subrayarse el respeto a la vida, la dignidad del ser humano y la autonomía del paciente.



APORTES DE LA RACIONALIDAD TECNOCIENTÍFICA A LA BIOÉTICA

FABIO GARZÓN DIAZ, PH.D.*

Programa de Doctorado en Bioética. Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, Colombia. Carrera 7F 145-58 Bogotá. fabio.garzon@unimilitar.edu.co.

La Bioética desde sus inicios se ha dedicado a la afirmación, el cuidado y el posibilitamiento de la Vida. Los adelantos tecnocientíficos de las últimas décadas, sin bien han proveído “calidad” de vida a los seres humanos, han generado problemas “emergentes” que hacen necesario un nuevo enfoque de la bioética. Nos referimos a tres problemas emergentes en concreto: la supervivencia del planeta (punto de vista ecológico), la mutación del ser humano (punto de vista genético), creación de nuevos “seres pensantes” (punto de vista posthumanista). El método principialista, ha sido 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. Sin embargo, la riqueza del mundo ético y su complejidad no se agotan en los 4 principios de bioética clásica: autonomía, beneficencia, no-maleficencia y justicia. Es necesario crear un nuevo marco de análisis, una nueva “revolución contemporánea del saber”. La presente ponencia fruto del Proyecto de Investigación HUM 3478 financiado por la UMNG (2021-2022) 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, reguladas por el principio de Responsabilidad de Jonas.

2. Material y método

Basado en un análisis conceptual con enfoque cualitativo, en una primera etapa, se ha desarrollado 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. En un segundo momento, se ha procedido, empleando la lógica difusa, a matematizar las categorías de análisis.

3. Resultado

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



DEPARTAMENTO DE BIOÉTICA CLÍNICA COMO MODELO DE SERVICIO DE BIOÉTICA CLÍNICA EN UN HOSPITAL: EXPERIENCIA Y CONCLUSIONES

PEDRO ANTONIO PACHECO-MARTÍNEZ^{1,6}; MARÍA HERRERA-ABIÁN^{2,6};
JAVIER RUIZ-HORNILLOS^{2,6}; LUZ MARIA GONZÁLEZ-MORALES^{3,6}; ANDRADA
CRISTOLTAN^{4,6}; MARTA SÁNCHEZ-MENAM^{5,6}

¹Médico director Departamento Bioética Clínica pedro.pacheco@quironsalud.es. ²Médico consultor Departamento Bioética Clínica ³Trabajadora Social. Colaboradora Departamento Bioética Clínica.

⁴Enfermera. Colaboradora Departamento Bioética Clínica. ⁵Médico. Directora médica. ⁶Hospital Universitario Infanta Elena, Valdemoro (Madrid), España.

1. Introducción

El Departamento de Bioética Clínica del Hospital Universitario Infanta Elena (DBC-HUIE) nace en mayo de 2019 como un modelo útil para hacer presente el ejercicio de la bioética, con sus cuestiones y objetivos, en la práctica hospitalaria habitual.

El DBC-HUIE se diseña entorno a la figura de los consultores de bioética, trabajando en equipo e integrados como un servicio más del hospital. El DBC-HUIE está subordinado al CEAS y comparte sus mismos objetivos, aportando la agilidad y la disponibilidad que ofrece la figura de los consultores. El DBC-HUIE presenta 3 áreas de trabajo: asistencial, formativa e investigadora.

Se presenta el modelo DBC-HUIE con sus resultados y experiencia como un modelo válido para la práctica de la bioética clínica en los hospitales.

2. Métodos

Explicación del diseño del modelo DBC-HUIE.

Revisión por áreas (asistencial, formadora e investigadora) de las acciones realizadas por el DBC-HUIE en los dos años de experiencia desde su puesta en marcha.

3. Resultados

Presentación de diseño altamente estructurado por áreas y adecuadamente jerarquizado, con profesionalización de la práctica y supervisión de la actividad.

- Actividad asistencial: consultas y casos resueltos en el periodo, con análisis de los mismos.
- Actividad formativa: formato presencial, formato telemático.
- Exposición de la actividad investigadora desarrollada en el periodo.

4. Conclusiones

- La presencia de un departamento de bioética clínica permite hacer tangible la bioética en el hospital y en la práctica clínica, estimulando el pensamiento bioético en el personal asistencial.
- La existencia del DBC-HUIE permite integrar a consultores de bioética en grupos de trabajo y comisiones hospitalarias, mejorando la calidad asistencial y los objetivos de humanización de la medicina.
- El modelo DBC-HUIE permite el desarrollo como disciplina de la bioética clínica en sus aspectos asistencial, formativo e investigador.
- Se trata de una propuesta que logra ejecutar los objetivos propuestos desde el CEAS al que pertenece.
- El modelo DBC-HUIE pone de manifiesto la necesaria profesionalización de la bioética clínica para abordar los diferentes aspectos que surgen en la asistencia hospitalaria.
- El modelo DBC-HUIE es un modelo exportable a otros centros sanitarios.



LA VIRTUD MÉDICA DE LA COMPASIÓN EN TIEMPOS DE PANDEMIA

LORENA OTEIZA LÓPEZ¹; ÓSCAR ELÍA MAÑÚ²

¹ Unidad de cuidados intensivos, Hospital Universitario de Getafe, España loteiza@yahoo.es. ² Universidad Francisco de Vitoria, Madrid, España.

1. Introducción

La literatura bioeticista centrada en la “ética de la virtud” ha mostrado la necesidad de que el médico desarrolle determinadas virtudes, entre ellas la de la compasión. Aquí se analizarán las causas de por qué es tan importante dentro de la medicina intensiva, así como la relevancia que ha alcanzado con la experiencia del COVID-19.

2. Métodos

La investigación bibliográfica se ha dirigido fundamentalmente en dos direcciones diferentes, la filosófica y la médico-científica. Para la primera, relativa al concepto de compasión, se ha recurrido a la literatura clásica sobre el tema, así como a la búsqueda a través de MEDLINE (Pubmed) y otros buscadores a partir de las palabras “clinical ethics”, “virtue”, “compassion”, en inglés y español. Respecto a las cuestiones relativas a ética asistencial en las UCIS, se ha utilizado el motor de búsqueda MEDLINE (Pubmed) a partir de las palabras “decision-making”, “UCI”, “environment”, en inglés y español. Posteriormente se han cruzado los resultados en relación con las palabras “COVID-19”, “Coronavirus” con límite temporal marzo 2020.

3. Resultados

De acuerdo a la ética de la virtud, el acto médico constituye ante todo el encuentro entre la persona necesitada de ayuda médica y el profesional con el deber de prestárselo. De aquí se concluye la necesidad de que el médico cultive la virtud de la compasión. En las Unidades de Cuidados Intensivos, la compasión con el paciente es a la vez importante y complicada. Es importante porque en ellas el paciente se encuentra en mayor situación de desamparo, de vulnerabilidad y de peligro. Y es complicada por el carácter propio de la medicina intensiva, con procedimientos invasivos y alta dependencia tecnológica.

Esto se ha exacerbado con ocasión de la pandemia del COVID-19. Ha generado obstáculos en la capacidad del médico de ver, sentir y acompañar al segundo. La compasión es en este entorno más difícil aún y más necesaria. Se analizan los factores que la hacen más complicada, así como los aspectos que la hacen más necesaria que en circunstancias normales, incluida la necesidad de una compasión especial con las familias.

4. Conclusiones

La pandemia del COVID-19 ha mostrado la necesidad de reflexionar y profundizar en la compasión como virtud del médico intensivista en circunstancias difíciles y complicadas.



TOMA DE DECISIONES BASADA EN LA VOLUNTAD DEL PACIENTE Y COMPARTIDA CON LA FAMILIA Y EL EQUIPO ASISTENCIAL

JUAN MARTÍNEZ HERNÁNDEZ^{1,2,3,4,5}; MARCOS MARTÍNEZ VIVANCOS^{5,6}; FLORA VERA ESCOLAR^{1,2,3,5}; JUAN RICARDO RÉVOLO MARROU^{1,2}; MARÍA DEL CARMEN VÁZQUEZ GUERRERO^{4,5}; MARÍA DEL CARMEN BALLESTER ZAPATA^{4,5}
¹Hospital General Universitario Santa Lucía, ²Servicio de Medicina Intensiva, ³Comité de Ética Asistencial, Cartagena, España. ⁴Universidad Católica de Murcia, ⁵Grupo de Investigación "Bioética en el Siglo XXI", Murcia, España. ⁶Universidad de Murcia, Murcia, España.

1. Introducción

En ocasiones, la toma de decisiones sobre la actitud con un paciente es difícil. La conjunción de múltiples variables, hace que ponderar beneficios y riesgos precisa del consenso de todos los implicados para la mejor aplicación del principio terapéutico. El objetivo de esta comunicación es mostrar y describir las decisiones que en un mismo caso clínico pueden plantearse en función de la evolución, bajo la visión de la Bioética.

2. Métodos

Estudio descriptivo, retrospectivo y narrativo de la historia de una paciente ingresada en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Historia clínica, información y evoluciones.

3. Resultados

Mujer de 87 años ingresada en UCI tras colonoscopia por hemorragia digestiva baja. Antecedentes: hipertensión arterial, poliartrosis limitante, diverticulosis de colon con episodios de hemorragia, anemia, fibrilación auricular. Tratamiento: antihipertensivos, analgésicos, anticoagulante. Situación basal: domicilio, dependencia parcial, mínima movilidad. Consulta por mareo, debilidad y rectorragia importante. Tacto rectal: sangrado activo. Presenta anemia: hemoglobina 5, hematocrito 18%; se suspende anticoagulación. Se realiza transfu-

sión urgente de hematíes y colonoscopia: divertículos sangrantes que se tratan endoscópicamente. Permanece intubada y sedada. Nuevamente hemorragia que precisa transfusiones y colonoscopia; Cirugía indica intervención con colectomía subtotal. La paciente había referido a la familia no tratamientos invasivos y así lo manifiestan: no dolor ni sufrimiento, decidiendo tratamiento conservador. Se plantea ¿hasta cuándo seguir transfundiendo?, concluyendo limitar/adecuar la implementación de nuevas medidas. Evoluciona con estabilidad, se suspende sedación, está consciente, se le explica la situación y se prepara para extubar, pero ante nuevo sangrado, de forma compartida se decide transfusión. Extubada, acompañada por la familia, confortable y sin dolor, nueva descompensación por sangrado; finalmente, hablando con la familia, se decide incrementar medidas de confort, no implementar otras medidas y acompañar a su madre en intimidad. Al día siguiente fallece.

4. Conclusiones

Para tomar decisiones hay que conocer y respetar la historia de cada paciente. Compartir y consensuar es la mejor herramienta para tomar decisiones, debiendo participar todas las personas que intervienen en el proceso asistencial. Las actitudes pueden y deben cambiar en un mismo paciente en función de su evolución, basadas siempre en el razonamiento, la proporcionalidad y el consenso.

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.
- Monzón JL, Saralegui I, Abizanda R, Cabré L, Iribarren S, Martín MA, et al, Grupo de Bioética de la SEMICYUC. Recomendaciones de tratamiento al final de la vida del paciente crítico. Madrid. Medicina Intensiva; 2008; 32:121-33.
- Requena Meana, P. ¡Doctor, no haga todo lo posible! De la limitación a la prudencia terapéutica. Editorial Comares. Granada, 2017.

Formato de presentación: comunicación póster.

Área temática: Bioética clínica.



DILEMA BIOÉTICO EN LA GESTIÓN DEL ÁREA MARINA DEL PARQUE NACIONAL DE LAS ISLAS ATLÁNTICAS DE GALICIA

ÁNGEL GUERRA SIERRA¹

¹Asociación Gallega de Bioética (AGABI), Vigo, España.

1. Introducción

El Parque Nacional de las Islas Atlánticas de Galicia (PNIAG) es un espacio natural protegido que comprende los archipiélagos de Cíes y Ons y las islas de Sálvora y Cortegada. Tiene una extensión de 1194,8 ha terrestres y 7285,2 ha de superficie marítima.

El objetivo de este trabajo es evidenciar que, aunque las pesquerías artesanales que se desarrollan dentro del PNIAG se gestionan con medidas bien especificadas, ninguna de ellas se ha desarrollado para garantizar el bienestar ecológico de los ecosistemas marinos, sino la explotación sostenible de los recursos. El estudio se centra en el análisis de la explotación del pulpo (*Octopus vulgaris*), que es la especie de mayor importancia biológica y socioeconómica.

2. Métodos

El muestreo se realizó en las Islas Cíes, cuya extensión marítima cubre 2637,77 ha. Dos buceadores efectuaron cuatro censos visuales mensuales durante 3 años entre 5 y 30 m de profundidad. Los datos se almacenaron en tres bases: (1) imágenes, (2) sustrato y oceanográficos; (3) observaciones. Se eligió el software ArcGIS para representar los mapas de preferencias ambientales que definen el hábitat esencial de desove del pulpo. Se con-

sideraron las características del hábitat como predictores de presencia/ausencia de guaridas de desove utilizando Modelos Aditivos Generalizados (GAM).

3. Resultados

O. vulgaris mostró una notable preferencia para desovar en áreas con sustrato de fondo duro y profundidades moderadas (aproximadamente 20 m), características que se encuentran en la zona restringida en el norte de las Islas Cíes, cuya superficie en el fondo es de 158 ha, equivalente al 6% de la superficie marina total de las islas Cíes. Se propuso que esta fuese un área de reserva, impidiendo en ella todo tipo de explotación. Con esta restricción no solo se protegía la especie, sino, además, el ecosistema circundante de alta biodiversidad.

Esta propuesta era un compromiso entre la perspectiva contractualista y conservacionista, cuyos principios bioéticos y valores difieren. La propuesta generó rechazo entre los pescadores. Los gestores del PNIAG se mantuvieron al margen. Finalmente, no se aprobó, desperdiándose una ocasión para mejorar la sostenibilidad del recurso y cumplir con una de los objetivos del Decreto 177/2018: la defensa de los hábitats y las áreas prioritarias de las especies.



ACOMPAÑAMIENTO AL FINAL DE LA VIDA EN NEONATOLOGÍA Y PEDIATRÍA. ANÁLISIS DE TRES DOCUMENTOS

GIORGIA BRAMBILLA¹; LAURA PALAZZANI¹; MICHELE SALATA¹; STEFANO KACZMAREK¹; CATERINA OFFIDANI¹; ROSSANA RUGGIERO¹; LUIGI ZUCARO¹; FERMÍN JESÚS GONZÁLEZ-MELADO¹

¹Comité de Ética Clínica del Hospital Pediátrico Bambino Gesù, Roma, Estado de la Ciudad del Vaticano. ferminjgm@hotmail.com

1. Introducción

Algunas situaciones de final de la vida en neonatología y pediatría han acaparado recientemente las portadas de los medios de comunicación. Estas noticias nos hablan de la dificultad de gestionar el acompañamiento en los momentos finales especialmente en neonatología y pediatría.

2. Metodología

El presente trabajo analiza, a través de un estudio comparativo, el contenido de tres documentos (Ley del Estado Italiano 2019/22 de diciembre de 2017 *sobre las normas en materia de consentimiento informado y de las disposiciones anticipadas de tratamiento*; la Moción del Comité Nacional de Bioética de Italia *sobre el encarnizamiento clínico sobre niños pequeños con limitada esperanza de vida* y el documento de la Congregación para la Doctrina de la Fe, *Samaritanus Bonus sobre el cuidado de las personas en fases críticas y terminales de la vida*). El trabajo se centra en la identificación de los elementos comunes, los puntos divergentes, las diferentes visiones antropológicas que emergen de los documentos, y los aspectos éticos y jurídicos que deben ser afrontados y comentados en este tipo de situaciones.

3. Resultados

El estudio ha individualizado un elemento antropológico básico presente en los tres documentos: el concepto de calidad de vida. Se han individualizado tres aspectos que tienen un tratamiento diverso en cada uno de los documentos: a) los cuidados básicos, particularmente la nutrición / hidratación; b) los cuidados paliativos y las terapias del dolor; c) El papel de la familia, del médico y del paciente.

4. Conclusiones

Existe una concepción similar del concepto de calidad de vida en la Moción del Comité Nacional de Bioética de Italia y en el documento de la Congregación para la Doctrina de la Fe, esto permite también una comprensión similar del resto de estudiados. Las diferencias existentes entre estos documentos y la ley 219/22 del Estado Italiano en la consideración de la calidad de vida, afectan a la comprensión del resto de elementos. Por lo tanto, la comprensión del concepto de calidad de vida es clave a la hora de afrontar el acompañamiento al final de la vida en los pacientes de las unidades de neonatología y de pediatría.



PROS Y CONTRAS DE LA LEY DE LA EUTANASIA EN ESPAÑA

LUCÍA VILLAMAYOR BLANCO¹.

¹ Servicio de Farmacia. Hospital POVISA. Vigo. España. lvillamayor@povisa.es.

1. Introducción

Analizar, desde el punto de vista de la bioética, los pros y los contras, de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.

2. Métodos

Revisión de la ley, del informe del Comité de Bioética del España de octubre del 2020, la declaración de la Asociación Médica Mundial de octubre del 2019, el posicionamiento ante la eutanasia y el suicidio médico asistido del Consejo General de Colegios oficiales de médicos de España en mayo del 2018, y las Declaraciones publicadas por diversas sociedades científicas.

3. Resultados:

Pros:

1. Da la posibilidad de terminar con el sufrimiento al paciente y a las familias.
2. Permite realizarla en aquellas personas que voluntariamente la soliciten.

Contras:

1. Legisla en contra de la protección de un derecho fundamental, el derecho a la vida.
2. No cuenta con mecanismos jurídicamente suficientes para evitar abusos:
 - a) Los controles que establece son meramente administrativos y *a posteriori*.

b) Establece la “*incapacidad de hecho*”. Si el médico responsable considera, sin tutela judicial, que el paciente es incapaz de tomar decisiones, un representante o el propio médico, pueden solicitar la eutanasia, acompañándola del documento de voluntades previas y acortar los plazos.

c) Una de las modalidades es “la administración directa al paciente de una sustancia por parte del profesional competente”, lo que supone una despenalización del homicidio.

d) La muerte como consecuencia de la prestación de ayuda para morir tendrá consideración legal de muerte natural a todos los efectos.

3. Existen numerosos estudios que demuestran que este deseo de morir, con frecuencia, se debe a situaciones de coacción moral, trastornos mentales severos o situación anímica pasajera y, pocas veces, responde a una voluntad efectiva de acabar con la vida.

4. Conclusiones

Aunque a priori parece que esta ley permitiría regular con garantías soliciten la eutanasia, en realidad, abre la puerta a cometer mayores injusticias.

El médico responsable es quien decide si el paciente es incapaz y quien puede saltarse el protocolo. Esto le convierte en el dueño de la vida de los crónicamente incapaces.



ACOMPañAR HACIA LA BUENA MUERTE. A PROPÓSITO DE UN CASO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

TERESA CAMPS CUENCA¹; CARMEN COCERA GÓMEZ²

^{1,2} *Enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Vall d'Hebron (Barcelona, España). terecampscuenca@gmail.com*

1. Resumen

Paciente de 68 años ingresado la Unidad de Cuidados Intensivos en contexto de postoperatorio de trasplante bipulmonar. A lo largo de dos meses, de manera progresiva, aflora una evolución tórpida que le llevará inexorablemente hacia la muerte. El día que ésa ocurre, se confirma cómo es de notoria la necesidad de una integración precoz de los expertos en Cuidados Paliativos desde el comienzo de la falta de respuesta del enfermo a las terapias y tratamientos aplicados. Se trataría de analizar precozmente y de forma conjunta, aquellos elementos que aseguren la buena muerte del enfermo cuando ésta empiece a asomar.

2. Metodología

La presentación de este caso significativo vivido por las autoras pretende plasmar cómo se vive el proceso de muerte de un paciente ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos. Por ello, se ha considerado oportuno describir el trabajo y características de una Unidad de Cuidados Intensivos; la propuesta de la adecuación del esfuerzo terapéutico ante la futilidad del tratamiento. Una vez aceptada ésta, la aplicación de sedación ter-

minal para procurar el confort del paciente; el cuidado de la familia; el papel que asume la Enfermería de Intensivos y la posible relevancia que adquiriría el servicio de Cuidados Paliativos cuando la muerte aconteciera en Cuidados Intensivos.

3. Resultado

Por la idiosincrasia del servicio de Cuidados Paliativos, sería posible atender de forma precoz, tanto las necesidades físicas, psíquicas y espirituales del enfermo como también, facilitar el acompañamiento de los familiares y ayudar al personal sanitario sometido a una intensa presión asistencial y elevada carga emocional por la atención debida a todo enfermo crítico.

4. Conclusión

La integración de Cuidados Paliativos en una Unidad de Cuidados Intensivos podría ser un buen fundamento para asegurar un cuidado integral y de calidad a aquellas personas que no pueden curarse. Defender su dignidad, evitando el sufrimiento y procurándoles el acompañamiento de sus seres queridos pueden ser elementos clave para acompañar al enfermo hacia la buena muerte.



ESTUDIO COMPARATIVO Y EVOLUTIVO DE LAS TASAS DE REGISTRO DEL DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS: 2013-2021

JORDI ESQUIROL CAUSSA^{1,2,3}; ELISABETH HERRERO VILA¹; MARTA MÉNDEZ OLAVIDE²; JOSEP SÁNCHEZ ALDEGUER^{2,3,4}.

1 Centro Médico Teknon, Barcelona (España). 2 Escoles Universitàries Gimbernat (adscrites a la UAB), Sant Cugat del Vallès, Barcelona (España). jordi.esquirol@eug.es 3 Sección de Médicos de Residencias Geriátricas de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i Balears (filial Vallès Occidental). 4 Facultat de Medicina de la Universitat Autònoma de Barcelona, Cerdanyola, Barcelona (España).

1. Introducción

La heterogeneidad denominativa, normativa y de funcionamiento del Documento de Voluntades Anticipadas (DVA) entre comunidades autónomas de España puede llevar a diferencias en las tasas de adjudicación y registro en un Estado de Sistema Nacional de Salud uniforme; las distintas iniciativas autonómicas para difundir el conocimiento del DVA pueden añadir diferencias en su implantación.

España mantiene desde 2013 un registro público, centralizado y sincronizado de los DVA registrados en cada comunidad autónoma (Registro Nacional de Instrucciones Previas, RNIP). Estudiar las tasas de DVA registrados desde su sincronización en el RNIP permitirá conocer su evolución y hacer futuras recomendaciones.

2. Métodos

Estudio descriptivo de evolución de las tasas de registro del DVA nacional y por comunidades autónomas (2013-2021). Datos obtenidos del RNIP (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social del Gobierno de España) cotejados con los registros autonómicos.

3. Resultados

Entre 01/01/2013 y 01/07/2021 (9,5 años), la tasa española de registro de DVA por cada 1.000 habitantes aumentó desde 3,09‰ a 7,31‰ (el 236,40%).

En julio de 2021 la autonomía con mayor tasa de registro era Navarra (16,71‰), seguida por Baleares (14,9‰), Catalunya (12,49‰) y La Rioja (11,98‰), mientras el resto presentaban tasas menores.

Todas las comunidades han aumentado sus tasas de registro ($p < 0,001$); las dos con mayor tasa en 2021 muestran un aumento desde 2013 del 613% y el 310%, respectivamente, mientras Catalunya, que presentaba la más alta tasa inicialmente, ahora ocupa el tercer lugar por un aumento de únicamente el 197%. En la evolución de Navarra se observa un punto de inflexión aumentando la curva a partir de 2017, mientras en Baleares el aumento es más uniforme y continuado desde 2013. Cabe destacar también el aumento del 493% de Galicia, aunque ocupa el 14º lugar, y en última posición están las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla con una tasa del 1,07‰.

4. Conclusiones

Conocer las diferencias en las tasas de registro del DVA y su evolución temporal permite conocer la implantación y la efectividad de las iniciativas públicas de difusión del DVA de los gobiernos autonómicos y posibilitará hacer recomendaciones de los programas más eficientes.



¿RESULTA UNA ANOMALÍA QUE LOS MÉDICOS ESTÉN OBLIGADOS A EXPRESAR SU DESEO DE NO PROVOCAR LA MUERTE DE SUS PACIENTES?

RAMÓN JORGE PALMER COLL¹, VERÓNICA ALESSANDRA BROKKE GARCÍA²

Universidad Jaume I Facultad de Ciencias de la Salud, Castellón de la Plana, España.

Universidad CEU Cardenal Herrera, Castellón de la Plana, España. Veronica.brokke@alumnos.uchceu.e

1. Introducción

Tras la aprobación de la ley de eutanasia en España, los médicos que no quieran realizar esta práctica deberían especificar en un registro su deseo de no formar parte en la “prestación de ayuda a morir”. Deseamos analizar hasta qué punto es una situación anómala que los médicos que no quieran provocar la muerte de sus pacientes, aunque ellos la soliciten, tengan la obligación de declararlo.

2. Métodos

Revisión bibliográfica sobre objeción de conciencia ante la eutanasia y obligatoriedad de un registro de objetores.

3. Resultados

Los médicos son la personificación del bien, debido al papel que realizan. Son personas que se dedican a proteger, preservar y cuidar la vida; de ahí su código deontológico.

La deontología médica se ha visto amenazada por una ley de eutanasia, que pide a los médicos ser responsables de cometer actos, que bajo ciertas circunstancias, no protejan la vida de sus pacientes. Tratar la vida como

un proceso jurídico es enmascarar su verdadero valor, perdiendo la incondicionalidad del respeto a la vida.

Pensamos que la objeción de conciencia es necesaria para la profesión médica, pero pese a que la ley de eutanasia la permita, consideramos que no es suficiente. Un médico que quiera seguir ejerciendo la profesión médica según su código deontológico, tendría que expresarlo como si se tratara de algo fuera de lo normal.

Pese a que la ley deje a los médicos que no deseen realizar esta práctica objetar, estos médicos seguirán estando desprotegidos, incluso discriminados, porque se estaría cambiando el rol del médico. Se acabará produciendo un cambio de paradigma en la medicina y en su ética milenaria, ya que a partir de ahora, lo que siempre se ha opuesto al ethos médico podría ser lícito en determinadas circunstancias.

4. Conclusión

Llama la atención que el médico, que siempre ha sido el protector de la salud de sus pacientes, tenga ahora que declarar explícitamente algo que siempre ha estado en su raíz. Proponemos que, si de verdad hubiera una necesidad para realizar esta práctica, fueran los profesionales sanitarios dispuestos a realizarla los que deban anunciarlo, no los profesionales que veneran su deber moral.



¿SE DAN CONFUSIONES INTENCIONADAS ENTRE EUTANASIA Y SEDACIÓN PALIATIVA EN LA AGONÍA?

MARÍA DE LAS NIEVES SEGURA PARRILLA ¹

¹ Universidad CEU Cardenal Herrera, Castellón de la Plana, España mlasnieves.segura@alumnos.uchceu.es

1. Introducción

La sedación paliativa y la eutanasia son dos métodos utilizados al final de la vida de una persona, si bien, uno pertenece a los cuidados paliativos, el otro no. En ocasiones por desconocimiento y manipulación se produce confusión entre ambas generando inquietud en los propios enfermos y sus familias. Aquí trataremos de diferenciar médicamente con claridad estos dos conceptos y diferenciarlos desde el punto de vista bioético.

2. Métodos

Para la realización de este trabajo, nos basamos en una revisión bibliográfica consultando bases de datos científicas (PubMed, Dialnet, Scielo) así como portales de diferentes revistas de bioética. Nuestro trabajo es de carácter cualitativo-descriptivo.

3. Resultados

Al final de la vida del paciente, cuando éste entra en fase agónica, está médicamente indicada la administración de un tipo de sedación paliativa basada en aliviar el sufrimiento del enfermo. Se trata de una sedación tan profunda como sea necesaria para tener el control de unos síntomas refractarios que ya no responden a

ningún tratamiento. Este procedimiento en el que se utilizan diferentes fármacos en dosis reguladas no debe confundirse con otro tipo de acciones en las que su finalidad no es la paliación sino directamente la muerte del paciente mediante la administración de dosis tóxicas. En estos casos, hablamos de eutanasia, porque la intencionalidad buscada es la muerte del enfermo, diferente de la sedación paliativa, que busca el alivio. En ocasiones, la confusión puede hacer creer que una sedación paliativa no indicada médicamente y con dosis tóxicas es un procedimiento tanto médica como éticamente adecuado para enfermos incurables; y al revés también, cuando se cree que la sedación paliativa correctamente aplicada pueda considerarse una eutanasia cuando no lo es.

4. Conclusiones

En la sociedad actual no es infrecuente que, por ignorancia médica y manipulación terminológica, algunos pacientes y sus familias confundan entre sí eutanasia y sedación paliativa. Pensamos que es necesario que tanto a nivel médico como social se fomente una educación sanitaria objetiva y, en este sentido, el papel de los sanitarios es decisivo. De este modo permitiremos que los pacientes puedan tomar sus personales decisiones bien informados de acuerdo con la verdad médica.



LAS COMISIONES DE EVALUACIÓN Y CONTROL EN LA EUTANASIA: NATURALEZA Y EXPERIENCIA EN EL DERECHO COMPARADO

JOSÉ ANTONIO DÍEZ FERNÁNDEZ

Universidad Internacional de La Rioja (UNIR), Logroño, España.
Pasaje Linaje 4-8°. 29001 Málaga joseantonio.diez@unir.net

1. Introducción

La mayoría de los países donde son legales la eutanasia o el suicidio asistido, cuentan con organismos colegiados, de naturaleza pública, que examinan las solicitudes antes de autorizarlas o comprueban con posterioridad si cumplieron los requisitos legales. Son siempre de composición interdisciplinar y su relevancia varía según su intervención sea previa o posterior a la realización del acto eutanásico. Haremos aquí un sintético análisis de su naturaleza y funciones; exponiendo los resultados y las carencias observadas. Interesa detenernos en los países con una experiencia más dilatada, con objeto de proporcionar algunas claves sobre el futuro de estos organismos en España.

2. Metodología

Análisis de la legislación de los países concernidos, de artículos científicos, informes publicados por los propios organismos y recursos de internet.

3. Resultados

El rasgo más relevante y que condiciona su influencia es si cuentan con la facultad de aprobar o rechazar a priori las solicitudes de eutanasia. Solo en el caso de España y Colombia, la comisión verifica *ex ante* la solitud que, a petición del paciente, presenta el médico

pudiendo aceptarla o rechazarla (con posibilidad de recurso ante la jurisdicción contenciosa). En el resto, siempre es el médico quien decide y notifica después a las comisiones correspondientes, que revisan si la actuación del facultativo se ajusta a la ley; y, en caso de observar anomalías, pueden dar traslado a la Fiscalía.

4. Conclusiones

En los países con más tradición es corriente que los médicos no notifiquen las eutanasias: la cultura eutanásica está tan asumida que, por evitarse burocracia, no notifican o simplemente aplican a los enfermos más graves sedaciones intencionalmente terminales.

1. La decisión sobre la capacidad del peticionario corresponde exclusivamente el médico responsable (en ocasiones, con el parecer de un psiquiatra o psicólogo); no se contempla la posibilidad de intervención judicial, salvo que conste una declaración de incapacidad. En los casi 20 años de legislación las denuncias contra médicos han sido contadísimas, y no han prosperado en ningún caso.
2. La regulación sobre conflictos de intereses es muy imprecisa: en Bélgica y Holanda la inmensa mayoría de los miembros de esas comisiones son partidarios de la eutanasia y, en algunos casos, la practican públicamente.



MATERNIDAD SUBROGADA Y ADOPCIÓN INTERNACIONAL. CRITERIOS PARA PROTEGER EL INTERÉS DEL MENOR

MARIA DEL ROCIO FRANCH OVIEDO

Universidad de Zúrich, Zúrich, Suiza. Zeughausstrasse 6^a 9200 Gossau (SG) Suiza
 mariadelrocio.franchoviedo@uzh.ch

1. Introducción

La adopción internacional y la maternidad subrogada tienen un gran impacto la una en la otra. Ante la complejidad que presenta actualmente la adopción internacional, los acuerdos de madres de alquiler en el extranjero se han convertido en una alternativa para satisfacer el deseo de tener un hijo.

2. Resultados

A pesar de que dicha práctica está prohibida en varios países europeos, las autoridades afrontan un dilema esencial, este es, si es conforme al interés del menor reconocer la relación paternofilial de los padres que recurrieron a estos acuerdos de maternidad subrogada. Las soluciones son varias, aunque se suele preferir aprobar la filiación de estos padres amparándose en una mayor protección del menor. Sin embargo, cabría preguntar-

se si aprobar dicha filiación es conforme realmente al interés del menor, cuando los padres de intención han realizado un acuerdo que vulnera los derechos tanto del niño como de la madre gestante. Los criterios para una Adopción Internacional están universalmente establecidos por el Convenio de La Haya, que ha sido ratificado por la mayoría de los países europeos. El objetivo del Convenio es impedir cualquier abuso de los acuerdos de adopción –evitando así la venta de menores– y proteger el bienestar del niño.

3. Conclusión

La pregunta a la que se pretende responder es si los criterios utilizados para la adopción internacional deben aplicarse también a los acuerdos de gestación subrogada y de qué manera las autoridades pueden ofrecer una protección legal a estos menores.



ANÁLISIS DEL USO DE ANIMALES MODELOS DE DOLOR EN LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA EN MÉXICO

AARÓN IGNACIO MALPICA CALVARIO¹; PASCUAL LINARES MÁRQUEZ¹; ANA FIDALGO DE LAS HERAS².

¹Facultad de Biología, Universidad Veracruzana, Xalapa, México. ²Faculta de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España.

1. Introducción

En México existe un marco legal que establece las especificaciones técnicas para la producción, uso y cuidado de animales en laboratorio, conocida como la NOM-062-ZOO-1999. Sin embargo, la presente norma no ha sido actualizada por más de veinte años. El objetivo del presente trabajo fue analizar la aplicación del marco legal nacional y europeo (directiva europea 2010/63 UE) así como principios bioéticos que son aplicados por los investigadores mexicanos a través de un análisis de bibliografía científica.

2. Material y Métodos

Se analizó una base de datos de cuatrocientos veinte artículos de los cuales se extrajeron ciento diez que cumplieran lo siguiente: investigación con modelos animales de dolor, fecha posterior al 2000, autores mexicanos y escritos en idioma inglés y español, en ellos se analizó las especies utilizadas, las enfermedades estudiadas, las técnicas utilizadas y el marco legal aplicado.

3. Resultados

El análisis mostró que el 42.54% cumple con la NOM-062-ZOO-1999, el 8.98% la directiva europea 2010/63 UE, el 29.94% los principios de la IASP el 1.19%

pertenecen al principio de las 3R, el 1.19% los principios de la CIOMS, el 8.98% pertenece a protocolos institucionales y, por último, el 7.18% indican los comités de bioética. En cuanto a las especies utilizadas el 92.10% corresponden a *Rattus norvegicus* y el 7.90% a *Mus musculus*. Con relación a las enfermedades se halló que el dolor neuropático corresponde al 21.84%, diabetes 16.84%, cáncer 17.64%, inflamación 15.12%, visceral 4.20%, muscular 19.32% y artritis 5.04%. Las técnicas aplicadas más frecuentemente son la prueba de *Von Frey* con un 12.14%, la prueba de acetona con 4.20%, la placa caliente con 14.92%, la retirada de cola con 10.74%, el modelo PFIR con 6.54%, la prueba de ácido úrico con 15.88%, neuropáticas periféricas con 9.54%, inducciones químicas con 12.3% y, por último, el modelo CFA con 14.01%.

4. Conclusión

De los artículos analizados poco más del 40% cumplen con la normativa nacional mientras que el resto, cumplen normativas y principios bioéticos más restrictivos, lo que podría indicar que, aunque la NOM-062-ZOO-1999 requiera una actualización, los investigadores tienden a aplicar lineamientos bioéticos, procurando el bienestar y cuidado de animales modelos de dolor.



FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ÉXITO O FRACASO DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD QUE PASAN POR LA VALORACIÓN DE UN COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN

EDUARDO MIRPURI MERINO^{1,2}; LARA GARCÍA ÁLVAREZ^{1,3}; MARÍA TERESA ACIN GERICO^{1,3}; LUIS VIVANCO^{1,3}

¹ Comité de Ética de Investigación con medicamentos de La Rioja (CEImLar). Logroño, España emirpuri@riojasalud.es; lgalvarez.ext@riojasalud.es ² Centro de Investigación Biomédica de La Rioja (CIBIR). Fundación Rioja Salud (FRS). Logroño, España. ³ Servicio Navarro de Salud – Osasunbidea. Pamplona, España.

1. Introducción

El perfil del profesional sanitario se orienta cada vez más hacia una alta polivalencia que incluye el manejo de competencias en investigación. Sin embargo, adquirirlas requiere – además de pericia técnica y clínica – formación ética y metodológica. Es posible que la alta carga asistencial no favorezca la formación en estos aspectos en profesionales con alta carga asistencial. El problema emerge cuando estos profesionales se ven en la necesidad de liderar (IP) un proyecto de investigación que debe pasar por la valoración de un Comité Ético de Investigación (CEIC) antes de su puesta en marcha. Es entonces cuando se ponen en evidencia importantes carencias que, en no pocos casos, conduce a una o más reevaluaciones o al rechazo por parte del CEIC. El objetivo de este estudio es identificar las principales deficiencias que presentan los proyectos que pasan por la valoración de un CEIC.

2. Métodos

Entre el 2019 y el 2020 se analizaron todos los proyectos evaluados por el CEIC de La Rioja. Los proyectos se dividieron en cuatro grupos en función del dictamen inicial: “rechazado”, “solicitud de aclaraciones”, “aprobado con aclaraciones” y “aprobado”. Además, se recogió información del área profesional y dedica-

ción laboral del IP, así como el tipo de observaciones encontradas.

3. Resultado

De los 157 proyectos, 98 (64%) fueron liderados por facultativos, 34 (22%) por residentes, y 19 (12%) por investigadores de carrera. En función de la dedicación laboral, 134 (86%) correspondieron a IPs dedicados a tareas asistenciales. De ellos, 68 (52%) proyectos necesitaron ser reevaluados, 46 (35%) fueron aprobados, 9 (7%) fueron aprobados con recomendaciones menores, y 8 (6%) fueron rechazados en una primera valoración. En función del número de aclaraciones presentadas, 82 (63%) requirieron entre una y hasta cinco aclaraciones antes de su aprobación. Las principales deficiencias encontradas correspondieron a: “aspectos metodológicos y procedimentales” (83%), “consentimiento informado” (28%), “manejo de la normativa” (26%), “diseño y objetivos de estudio” (18%) y “aspectos económicos” (16%).

4. Conclusiones

Estos hallazgos ponen de manifiesto la necesidad de fortalecer herramientas formativas orientadas a la capacitación de los profesionales sanitarios en aspectos sensibles en investigación con seres humanos.



CIENCIA, RESPONSABILIDAD Y DERECHO A LA SALUD EN EL DIAGNÓSTICO DE LA COVID-19

CARLOS ALBERTO ROMÁN COLLAZO¹; DIEGO PAUL ANDRADE CAMPOVERDE¹; YENIMA DE LA CARIDAD HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ¹; ROBERT IVÁN ÁLVAREZ OCHOA¹

¹ Universidad Católica de Cuenca, Cuenca, Ecuador. cromanc@ucacue.edu.ec.

1. Introducción

El Coronavirus azota la humanidad desde la segunda década del siglo XXI, propagando el terror, la crisis económica y la muerte. Su expansión en todo el planeta ha puesto en duda las políticas y las prácticas en ciencia y salud de los Estados a nivel global. El objetivo de la investigación es exponer, desde el principio de responsabilidad, el papel de la ciencia en el derecho a la salud en el contexto del diagnóstico de SARS-CoV-2 en Ecuador.

2. Métodos

Investigación documental argumentativa a partir de la revisión de fuentes de información publicadas en bases de datos científicas como Scopus, WoS, PubMed, Latindex y Scielo. La búsqueda empleó palabras claves como ciencia, responsabilidad, diagnóstico, Covid 19 en idioma español e inglés.

3. Resultados

La ausencia de métodos diagnósticos del SARS-CoV 2 y la incapacidad de su producción en Ecuador son factores que han entorpecido el manejo de la pandemia. La disminución del financiamiento para la investigación en Universidades, el escaso desarrollo en infraestruc-

tura y la ausencia de políticas públicas en salud que desarrollen el diagnóstico de enfermedades por biología molecular son parte de una realidad que limita la participación de la ciencia en el bienestar en salud en Ecuador. Desde el principio de responsabilidad se debe alentar la participación de la ciencia para alcanzar el estado de bienestar humano. La investigación debe generar conocimientos de modo que la prevención y promoción en salud sean herramientas para lograr la salud humana. Lograr un futuro saludable debe orientarse hacia una mayor cobertura de salud, minimizar los riesgos potenciales del bienestar integral del hombre, prevenir la aparición de nuevas enfermedades, aumentar la tecnología para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades presentes y futuras, diversificar el arsenal terapéutico y hacer que los servicios de salud sean accesibles y equitativos.

4. Conclusión

Garantizar el derecho a la salud requiere que los Gobiernos promuevan la investigación en salud, adopten políticas públicas y asignen recursos en toda su extensión para que el acceso y la equidad en este campo constituyan medios para implementar el derecho a la auténtica vida humana en el presente y el futuro.



LAS RE/SIGNIFICACIÓN/ES EN SALUD COMO DIMENSIÓN BIOÉTICA DE JUSTICIA SOCIAL PARA HOMBRES TRANSGÉNERO BOGOTANOS

MARÍA BERNARDA ALCALÁ-MERCADO¹

¹Médico y Cirujano, Médico nuclear, Salubrista público, Doctorante en Bioética-Universidad Militar Nueva Granada, Colombia. alcalamb@yahoo.es; est.maria.alcala@unimilitar.edu.co

1. Introducción

Lo bioético sobre el hombre transgénero (adelante Hombres T) va más allá de la autonomía y dignidad, es un asunto de justicia social y no sólo del género. Viven rechazos, exclusión, estigma, fobias (transfobia) y violencia, por los significados de lo que comunican bajo su envoltorio tangible- cuerpo- en la interacción social. El Sistema de Salud bajo una perspectiva biomédica occidental hegemónica binaria, promueve rechazo, estigma, patologización (disforia de género) y exclusión.

2. Métodos

Investigación cualitativa - teoría fundamentada de corte constructivista, en Bogotá, Colombia, 2018- 2021, con catorce participantes autodeclarados hombres transgénero bogotanos, mediante entrevistas a profundidad procesadas en Atlas Ti Versión 8, bajo Muestreo Teórico, Método de comparaciones constantes, Memos analíticos, Reflexividad teórica, y Saturación Teórica. Bajo Codificación abierta generando 99 códigos compilados en 10 grupos, y Codificados axialmente contrastados en semejanzas y diferencias, para Codificación selectiva en-

tre categoría central y otras categorías, generando una teoría bioética sustantiva.

3. Resultados

La *Categoría central Reconocimiento/ resignificación*, y siete categorías- redes (*Sistema de Salud; Emociones; Familia y redes; Tránsito; Sociedad, estructura y condiciones sociales; Estado, política y ciudadanía; y violencia*) se interrelacionaron. Participantes binarios y no binarios, experimentan en el sistema de salud a un generador de violencia, al homogeneizar su reafirmación del género mediante un molde médico único y heteronormado de ser hombre, alienado en experimentación terapéutica continua hasta lograr la asimilación masculina esperada, donde Estado, Sociedad y Política pública participan.

4. Conclusión

Es insuficiente el reconocimiento jurídico, si las Re/ significación/es positivas del hombre T bogotano, individual, social e institucional no se dan. Estas contribuyen a su vindicación social y bioética, para lograr Justicia social en salud.



MÁS ALLÁ DE LA ASIGNACIÓN DE RECURSOS SANITARIOS: UN ENFOQUE ÉTICO Y UN ANÁLISIS ECONÓMICO DEL DERECHO ACERCA DEL USO EXCESIVO (SOBREUTILIZACIÓN)

ANA B. CRUZ-VALIÑO¹; JOÃO PINTO MONTEIRO²

¹ *Universidade da Coruña. Grupo Investigación Filosofía, Racionalidad y Constitución. A Coruña, España.* ana.cvalino@udc.es ² *Universidade de Coimbra. Instituto Jurídico. Coimbra, Portugal.*

1. Objetivos

La sobreutilización de recursos sanitarios era ya una preocupación de orden mundial por la amenaza que representaba para el sostenimiento de los sistemas de salud y la consiguiente infrautilización de terapias o intervenciones de utilidad terapéutica. Cuando la comunidad mundial afronta la última pandemia que amenaza la salud y seguridad global, crece la inquietud hacia la atención de las enfermedades no transmisibles, cuestionándose si se han dejado atrás las enfermedades no transmisibles, frente al argumento que prioriza los recursos destinados a enfermedades infecciosas.

Una de las causas de sobreutilización identificadas por los autores desde los años 70,- en los EUA, es la denominada medicina defensiva. Así las cosas, este fenómeno se expandió a nivel mundial ampliando su contenido semántico y las causas que lo generan, que más allá del temor a las demandas judiciales, se acerca al sentido de complacencia. Consideramos, no obstante, un concepto restrictivo y genuino, sin perjuicio de la ampliación de los escenarios en que se desarrolla y la mutación de alguno de sus elementos que se producirá tras la pandemia por COVID-19.

2. Método

Realizamos una revisión de literatura de disciplinas diversas como la Bioética, la Economía de la Salud y el

Derecho, aportando efectos cuantificables y no cuantificables, e teorías de cómo utilizar los recursos sanitarios.

3. Resultados

El Derecho de daños, cuando se aleja de su finalidad, –servir de efecto disuasor de la negligencia y establecer una compensación a las víctimas–, puede producir un efecto perverso, sin que haya demostrado su efectividad. Al tiempo, favorece conductas de sobreactuación.

4. Discusión

Tras esto, se entabló una discusión sobre el uso correcto de recursos desde un enfoque ético, mientras que el Análisis Económico del Derecho muestra cómo los daños iatrogénicos son externalidades negativas, internalizadas por reglas de su imputación a los prestadores de cuidados, a través de comportamientos destinados a evitar su responsabilidad. Sus efectos negativos sobre la salud individual y colectiva, como el coste de oportunidad que implica la sobreutilización de recursos con escaso valor clínico y la infrautilización de otros; impide el acceso equitativo de la población, y compromete la viabilidad de los sistemas sanitarios.



¿HASTA DÓNDE LA POLÍTICA PUEDE INVADIR LA MEDICINA? CONTROVERSIAS EN TIEMPOS DE PANDEMIA

RAMÓN JORGE PALMER COLL¹; VERÓNICA ALESSANDRA BROKKE GARCÍA²

¹ Universidad Jaume I Facultad de Ciencias de la Salud, Castellón de la Plana, España. Palmermon90@gmail.com.
² Universidad CEU Cardenal Herrera, Castellón de la Plana, España.

1. Introducción

Debido a la situación sanitaria, existe un auge de las intervenciones políticas en la salud pública. Hay que marcar una delimitación entre lo político y la medicina, para poder ayudar en la toma de decisiones y asegurar la brújula moral.

2. Método

Revisión bibliográfica sobre políticas de salud pública y ética médica.

3. Resultados

La intervención política ha aumentado en temas de salud, con el riesgo de cambiar el fin médico por un fin político. Esto es debido a que la pandemia no es una crisis sanitaria solamente, sino también social.

La medicina no se opone al bien común, puede y debe contribuir a ello, pero no es aceptable desde la ética médica, que el bien común no persiga intereses éticos.

Hemos podido presenciar una práctica médica influida por decisiones políticas, que han tenido que seguir los profesionales, como: la adopción de criterios de ingreso discriminatorios en UCIs (la edad, padecer una discapac-

idad mental, ancianos de residencias, etc.), o impedir el cuidado de los pacientes por sus familias, o no recibir asistencia espiritual; vulnerando derechos fundamentales. Llegados a este punto, tendrá que ser la ética médica la que impulse a los médicos a llevar acciones sociales para hacer todo el bien que se pueda, no la política.

Ética y política se entrelazan en varias áreas, como la protección de la vida humana, de derechos fundamentales, o el cuidado de personas vulnerables. Sin embargo, los médicos no pueden olvidar que su forma de actuar no debe ser política, sino ética y científica; siendo los encargados de llevar la ética a la política, para mantener intacta la dignidad de las personas.

4. Conclusión

Una medicina subordinada a la política lleva a una falta de ética médica. Es importante que la política llegue a un acuerdo con la medicina para poder proporcionar mejor cuidado y bienestar a la sociedad. La medicina no puede subordinarse a fines políticos. Proponemos una alianza entre estas dos, para que, desde sus distintos campos de actuación, ambas puedan contribuir a salvar vidas humanas proporcionando el mejor cuidado. Recordemos que la medicina persigue siempre la acción moral, no la acción política.



BIENESTAR EMOCIONAL, ENTORNO FAMILIAR Y DESARROLLO DE LA PROFESIONALIDAD EN ESTUDIANTES SANITARIOS DURANTE EL CONFINAMIENTO

SANDRA GUTIÉRREZ ADRIAZOLA¹; CYNTHIA NÚÑEZ¹; FLOR DEZA-SANTOS¹; MARITZA CHIRINOS LAZO¹; CLAUDIA TAYPICAHUANA JUAREZ¹; ROBERTO DELGADO-BOLTON²; LUIS VIVANCO²

¹ Universidad Nacional San Agustín, Arequipa, Perú sgutierrez@unsa.edu.pe

² Fundación Rioja Salud, Logroño, España.

1. Introducción

La empatía, la colaboración interprofesional y el aprendizaje permanente son competencias descritas como componentes específicos de la profesionalidad sanitaria que se suelen adquirir y fortalecer en entornos clínicos formativos. La explosiva propagación de la pandemia condujo al confinamiento y a la súbita interrupción de la formación en entornos clínicos de los estudiantes. Esta situación, prolongada en el tiempo, ha generado el deterioro emocional de muchos estudiantes. Sin embargo, no se trata de un fenómeno generalizado y otros estudiantes han mantenido encendida su motivación académica a pesar de la adversidad. Este trabajo se hizo con el propósito de determinar el papel del entorno familiar, y los padres, en este fenómeno.

2. Métodos

Entre julio y diciembre del 2020 se hizo un estudio observacional mediante encuesta Web con estudiantes confinados de medicina y enfermería de Arequipa (Perú). La participación fue anónima y voluntaria. Se midió la empatía, las habilidades de colaboración interprofesional y de aprendizaje permanente, el bienestar emocional, la soledad en el entorno familiar y la relación con ambos padres. El análisis estadístico incluyó análisis de correlación.

3. Resultados

La muestra incluyó 890 estudiantes (241 varones y 635 mujeres). De ellos, 589 fueron de medicina y 301 de enfermería. La edad media fue 22 años ($DS=4$), con un rango entre 17 y 43 años. Se confirmó una correlación negativa entre soledad y las medidas de empatía ($\rho=-0.23$; $p<0.001$) y aprendizaje ($\rho=-0.27$; $p<0.001$). La empatía ($\rho=+0.23$; $p<0.001$) y aprendizaje ($\rho=+0.34$; $p<0.001$) se correlacionaron positivamente con el bienestar emocional. Una buena relación con la madre se correlacionó positivamente con la empatía ($\rho=+0.18$; $p<0.001$), la colaboración interprofesional ($\rho=+0.07$; $p=0.03$) y el aprendizaje ($\rho=+0.15$; $p<0.001$). En el caso del padre, se observó una relación similar con la empatía ($\rho=+0.13$; $p<0.001$) y el aprendizaje ($\rho=+0.11$; $p=0.002$).

4. Conclusiones

Estos hallazgos confirman, en el caso de los estudiantes de medicina y enfermería, la estrecha relación existente entre bienestar emocional y desarrollo académico. Además, confirman que, durante el confinamiento, el mantenimiento y fortalecimiento de elementos actitudinales y motivacionales asociados a componentes específicos de la profesionalidad es mayor entre aquellos que cuentan con entornos familiares facilitadores.



CONSIDERACIONES ÉTICAS DE LA VACUNACIÓN DE NIÑOS Y ADOLESCENTES CONTRA LA COVID-19

LAURA GARCÍA-GARCÉS¹; MARTA LLUESMA-VIDAL¹; RAQUEL CARCELÉN GONZÁLEZ²; ÁNGEL GERÓNIMO LLOPIS³

¹ Departamento de Enfermería y Fisioterapia, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Cardenal Herrera-CEU, CEU Universities, Valencia, España. laura.garcia19@uchceu.es <https://orcid.org/0000-0003-4103-3960>. ² Departamento de Medicina y Cirugía, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Cardenal Herrera-CEU, CEU Universities, Valencia, España. ³ Departamento de Ciencias Humanas y Sociales, Colegio La Purísima Franciscanas Valencia - Fundación EFI, Valencia, España.

1. Introducción

Hasta el momento, la manera más eficaz de hacer frente a la pandemia por coronavirus que comenzó en el año 2019 ha sido la vacunación de la población. La estrategia de vacunación en España se encuentra actualmente en la Fase 3, concretamente se está vacunando al grupo de edad comprendido entre 12 y 19 años. Son muchas las dudas que plantea la vacunación de esta parte de la población ya que la COVID-19 es una enfermedad que puede afectar a los adolescentes, niños y lactantes, pero en la mayoría de las ocasiones, esta enfermedad suele cursar en ellos de forma leve o asintomática. Una pequeña parte de los menores afectados puede requerir ingreso en la UCI y precisar soporte ventilatorio, sin embargo, el desenlace fatal es muy poco frecuente (0.48% de la población estimada).

2. Métodos

Revisión bibliográfica realizada durante el mes de septiembre de 2021 en las bases de datos Cochrane, Pubmed, Web of Science y EBSCO host. La ecuación de búsqueda utilizada fue (((“Vaccination”[Mesh]) AND “COVID-19”[Mesh]) AND “Ethics”[Mesh]) AND “Adolescent”[Mesh] sin aplicar ningún filtro. Además, fueron incluidos otros artículos encontrados mediante la técnica de “snowball”.

3. Resultados

Uno de los principales dilemas éticos encontrados en torno a la vacunación de la población pediátrica (0-18 años) es la imposibilidad de establecer un adecuado balance riesgo-beneficio. La comunidad científica desconoce los efectos secundarios que estas vacunas puedan tener a medio o largo plazo. En el caso de los adultos es más sencillo establecer un adecuado balance, teniendo en cuenta la alta morbilidad de la enfermedad en esta población. Sin embargo, el COVID-19 no representa una amenaza importante para la salud de los niños y adolescentes. En el caso de los menores, el beneficio directo de la vacunación no es tan evidente y existe la probabilidad de que se les esté exponiendo a un riesgo excesivo. Uno de los beneficios claros de la vacunación de niños y adolescentes es lograr la inmunidad colectiva, no obstante, esta estrategia estaría sustentada en principios utilitaristas en los que los intereses del menor podrían estar supeditados a los intereses de la sociedad y la protección de los más vulnerables. Con todo, la inmunidad colectiva sí proporcionaría beneficios a los niños y adolescentes que han sufrido con mayor intensidad otros efectos de esta pandemia como el aislamiento social y la formación educativa *online*, afectando al pleno desarrollo de su personalidad.

4. Conclusiones

La vacunación de niños y adolescentes presenta dilemas éticos que deben ser considerados.



KLARA Y EL SOL. UNA APROXIMACIÓN AL PROBLEMA DE LA IDENTIDAD EN LA TRANSFERENCIA MENTAL (*MIND UPLOADING*) DESDE LA PERSPECTIVA ÉTICO-ESTÉTICA DE KAZUO ISHIGURO

LUIS E. ECHARTE ALONSO¹

¹Unidad de Humanidades y Ética Médica. Facultad de Medicina. Universidad de Navarra. Pamplona (Navarra). España lecharte@unav.es

1. Introducción

Una de las controversias generadas con la hipótesis de la transferencia mental gira en torno a la relación autocomprensión-identidad. Si un sujeto puede reducirse a patrones de información, y la tecnología es capaz de preservar y transferir dichos patrones, entonces la idea de la unicidad del individuo se torna problemática. Puesto que sería posible crear múltiples copias de la misma persona, ¿qué clase de titularidad ontológica gozarían dichas copias?

2. Resultados

Son muchas y variadas las respuestas que podemos encontrar en los debates bioéticos contemporáneos, sin embargo, éstas no suelen tener en consideración los criterios estéticos de la transferencia mental. En esta comunicación conecto dichos criterios con los argumentos éticos a través del análisis de *Klara y el Sol*, novela publicada en 2021 por el premio Nobel de literatura Kazuo Ishiguro. En primer lugar, muestro cómo el autor prosigue en esta obra su reflexión sobre el modo en que los avances tecnológicos afectan las vivencias de intimi-

dad y los espacios intersubjetivos más estrechos (asunto que ya inició en *Nunca me abandones*, 2005). Argumento, en segundo lugar, que esta reflexión está conectada con una interpretación trascendente de la memoria, idea que acompaña gran número de obras del autor. En tercer lugar, destaco la importancia que, en *Klara y el Sol*, cobran las *percepciones morales*. Sobre esta cuestión defiendo que las descripciones que hace Ishiguro de este tipo de intuiciones no solo explica el curso de los acontecimientos de la novela, sino que son también clave para entender, por un lado, la propuesta *narrativista* de la identidad sugerida en las últimas páginas de la novela y, por el otro, el peculiar uso estilístico del lenguaje empleado. Finalmente, conecto el tratamiento que el autor concede a las percepciones morales con las propuestas formuladas por Aldous Huxley e Iris Murdoch sobre la relación entre la ética y la literatura.

3. Conclusión

En la conclusión final de este trabajo propongo que esta relación fundada en las percepciones morales tiene gran relevancia teórica y práctica en el desarrollo y difusión de la bioética contemporánea.



VALORACIÓN DE LOS PRINCIPIOS BIOÉTICOS EN LA FORMACIÓN DE ESTUDIANTES DE ODONTOLOGÍA EN LA PLATA, ARGENTINA

DI BASTIANO, SILVINA NATALÍN*¹; VANONI, VERÓNICA²; BOSI GARCÍA, SEBASTIÁN FRANCISCO²; ZEMEL, MARTÍN ¹.

¹ Instituto de Investigaciones en Educación Superior, Universidad Nacional de La Plata, Argentina.

silvinandibastiano@gmail.com; ² Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata, Argentina. bioeticafolp@gmail.com

1. Introducción

La formación bioética en Odontología pretende tratar los desafíos éticos de las prácticas clínicas actuales desde una mirada humanizada, particularmente centrada en la persona humana. El reconocimiento del paciente como una persona íntegra y dotada de capacidad de decisión en un sentido pleno sienta las bases en la relación clínica odontológica. En este sentido, la posibilidad de brindar atención sanitaria, comprendiendo las numerosas dimensiones del paciente y respetando sus derechos fundamentales, representa no solo una responsabilidad sino una fortaleza en sí misma. Así, es de destacada importancia el entrenamiento bioético desde las diferentes instancias de formación, a fin que el estudiante desarrolle capacidades y aptitudes que le permitan dar respuesta a los conflictos propios de la práctica odontológica. Por tanto, el presente estudio buscó determinar el estado de aplicación de los principios bioéticos durante las prácticas odontológicas en estudiantes del último año de la carrera de grado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata (Argentina).

2. Método

Se realizó una investigación observacional de corte transversal. Para la misma se instrumentó una encuesta

anónima semiestructurada que registró la identificación de aspectos bioéticos y su ejercicio durante las prácticas clínicas de grado.

3. Resultados

Se evidenció que, en el marco de desarrollo de las prácticas clínicas realizadas por los estudiantes, los principios bioéticos fueron comprendidos y reconocidos. Los alumnos reportaron valoraciones positivas respecto a la incorporación de dichos saberes y su importancia. Además, se observó que la formación de profesionales con conocimientos bioéticos convergentes contribuyó en la toma de decisiones en sus prácticas clínicas.

4. Conclusiones

A partir de la muestra procesada se concluyó que la Bioética posibilitó la promoción de valores y elecciones, tanto en los pacientes como en los estudiantes y profesores de Odontología. De este modo, su incorporación en el plan de estudios de Odontología, posibilitó al futuro profesional reflexionar sobre prácticas sanitarias en las dimensiones éticas, bioéticas y legales, como también identificar y aplicar los principios bioéticos en la praxis odontológica.



UN REPASO A LOS LÍMITES ÉTICOS EN LA INVESTIGACIÓN BIOTECNOLÓGICA DESDE EL ANÁLISIS DE TRES MITOS

LUKAS ROMERO-WENZ

Universitat de València. Facultad de Derecho. València. España. lukas.romero@uv.es

1. Introducción

Se intenta responder a la pregunta de si la investigación médica (cualquier tipo en realidad, pero especialmente la médica) ha de responder a limitaciones por los objetivos perseguidos, y no solamente por los métodos utilizados. Una cuestión adyacente a esta es si dichos límites han de poder ser discutidos por cualesquiera personas, o si sólo debieran ocuparse de esas cuestiones los expertos. Ello se analiza a partir de tres mitos o leyendas, como explico a continuación.

2. Métodos

El método consiste en la lectura de, y reflexión en torno a tres mitos o leyendas. Se elige un método de análisis literario porque nos parece que se debe dar la posibilidad de intervenir en el debate ético a los no expertos: la reflexión ética es patrimonio humano y por tanto no susceptible de ser convertido en pensamiento especializado. La elección de mitos refleja ese antielitismo: sus enseñanzas morales no son producto de un autor que las firme, sino que son historias que las distintas generaciones han ido pasándose unas a otras. En las enseñanzas de los mitos tenemos el eco de toda

una cultura, a través de las generaciones. Eso no quiere decir que lo que se diga sea verdad, pero sí que nos debería hacer escuchar.

3. Resultados

Del primer mito, el de Prometeo, aprendemos que el esfuerzo civilizador es infructuoso sin el conocimiento prudencial (el fuego de Prometeo no basta para producir la civilización hasta que Zeus envía a Hermes a enseñar el saber político a los hombres). También aprendemos el antielitismo del saber prudencial: el propio mito señala que el saber político, al contrario que otras artes, no ha de ser competencia de los expertos. El mito del Génesis señala la importancia de la escucha de la realidad y los peligros de la *hybris*, la falta de límite. La leyenda del *golem* reflexiona cómo dicha rotura del límite puede producir resultados desastrosos incluso investigando con la mejor intención.

4. Conclusiones

La conclusión es que en el debate bioético debe entrar la prudencia y la consideración del límite como pregunta (¿podemos hacer esto?), so pena de destruir lo humano, pretendiendo edificarlo.



CRITERIOS ÉTICOS QUE EXPLICAN LAS DIFERENCIAS EN EMPATÍA ENTRE LOS MÉDICOS QUE INICIAN EL MIR EN ESPAÑA

BLANCA BARTOLOMÉ¹; ROBERTO DELGADO BOLTON^{1,2}; CARMEN BENITO-SEVILLANO³; ROSA M. VILLALONGA-VADELL³; GEMMA CLARET-TERUEL⁴; JORGE SOLER-GONZALEZ⁵; ORIOL YUGUERO-TORRES⁵; RAMÓN SANTIESTEVE⁶; BERNABÉ ROBLES⁷; NURIA ROGER⁸; HELENA ROIG⁹; MONTSERRAT SAN-MARTÍN¹⁰; LUIS VIVANCO¹

¹Fundación Rioja Salud bbartolome@riojasalud.es. ²Hospital San Pedro de Logroño. ³Hospital Universitari de Bellvitge de Barcelona. ⁴Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona. ⁵Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida. ⁶Althaia-Xarxa Assistencial Universitària de Manresa. ⁷Parc Sanitari Sant Joan de Déu de Barcelona. ⁸Complejo Hospitalario de Vic. ⁹Instituto Borja de Bioética de Barcelona. ¹⁰Universidad de Granada – Melilla.

1. Introducción

Comprensión, comunicación y motivación altruista son tres elementos constitutivos de la empatía médica. Por su naturaleza, estos elementos hacen de ella una habilidad predominantemente cognitiva antes que emocional. El propósito de este estudio fue probar la siguiente hipótesis: la adquisición de criterios éticos asociados a la excelencia profesional durante la formación universitaria influye en el desarrollo de la empatía en los médicos que inician la formación especializada.

2. Método

Entre el 2013 y el 2019 se hizo un estudio observacional con médicos que iniciaban los programas de residencia en ocho hospitales docentes españoles. Sexo, edad, estado civil, convivencia, país de nacimiento, país donde se estudió medicina, universidad, hospital de acceso, especialidad médica, convocatorias presentadas, estudios y experiencia laboral previa, y éxito académico se utilizaron como variables explicativas. Además, como variables de naturaleza ética, se consultó a los residentes: si contaban con un modelo profesional, el tipo de relación médico-paciente con el que se identificaban, y su motivación principal en la residencia. La empatía (variable dependiente) se midió con la Escala Jefferson de

Empatía. Los datos se sometieron a análisis comparativos bivariados y multivariados para determinar aquellas variables que explicaban las diferencias en la empatía.

3. Resultados

La muestra se compuso por 1133 médicos (343 varones y 701 mujeres) entre 22 y 56 años de edad (M=26; DT=3). De ellos, 860 fueron españoles y 191 extranjeros de 35 países. El "sexo" ($p=0.002$), la "motivación personal" ($p=0.004$), el "tipo de relación médico-paciente" ($p=0.01$) y la "existencia de un modelo o ideario profesional" ($p=0.01$) aparecieron como variables explicativas de la empatía. Una mayor puntuación en empatía se encontró entre las mujeres; en los residentes cuya principal motivación eran los pacientes (antes que el éxito profesional); en los residentes que entendían la tarea del médico como la de ayudar al paciente a tomar decisiones en su tratamiento en consonancia con sus propios valores; y entre aquellos que contaban con un modelo o ideario profesional.

4. Conclusiones

Estos hallazgos ponen de manifiesto el importante peso que tienen los criterios éticos de actuación profesional, adquiridos antes y durante la formación universitaria, en el desarrollo de la empatía médica.