

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"FUNDAMENTOS BIOETICOS Y DILEMAS
ETICO-CLINICOS EN LA PRACTICA DE LA
ATENCIÓN MEDICA GINECO-OBSTETRIC
Y NEONATAL"



GERALDINE MARY VEIMAN ECHEVERRIA

MEDICA Y CIRUJANA

INDICE

Contenido	Página
I.Introducción	1
II. Definición y Análisis del Problema	3
III. Justificación	5
IV. Objetivos	6
V. Revisión Bibliográfica	7
I.Respecto a la moral	7
A. Moral.....	7
B. De acto humano a acto moral.....	7
II. Del médico y su profesión	8
A. Naturaleza de la medicina	8
B. La figura del médico.....	8
C. Relación Médico-Paciente-Sociedad	10
D. Personal médico hospitalario-- Responsabilidades/Atribuciones.....	10
III. De la Etica Medica a la Bioética	12
A. Principios y fundamentos de la ética y la bioética....	14
B. Algunas obligaciones éticas del médico	18
1. Consentimiento informado.....	18
2. Secreto profesional.....	19
C. Derechos de los pacientes hospitalizados	20
IV. Respecto a los dilemas y el campo clínico	21
A. Dilemas ético	21
B. Dilemas ético-clínicos más frecuentes en el campo ginecoobstétrico y neonatal	24
1. Denegación y retiro del soporte vital	24
2. Denegación versus retiro del tratamiento.....	25
3. Eutanasia activa versus eutanasia pasiva	25
4. Detección selectiva	26
5. Diagnóstico prenatal	26
6. Esterilización anticonceptiva	27
7. Aborto	29
a) Inicio de la existencia del ser humano .	30
b)A favor y en contra del aborto.....	32
8. Asistencia sanitaria a adolescentes	33
9. Conflictos materno-fetales	33
10. Asignación de los limitados recursos sanitarios (justicia distributiva)	33
V. Resolución de los dilemas éticos.....	34

Contenido	Página
VI. Comités de ética hospitalaria	37
VI . Material y métodos	39
VII . Presentación de resultados	47
VIII. Análisis y discusión de resultados.....	78
IX. Conclusiones.....	92
X. Recomendaciones	95
XI. Resumen	96
XII. Referencias bibliográficas	97
XIII. Anexos	101

I. INTRODUCCION

El establecimiento de los fundamentos morales de la medicina moderna tiene dos fuentes ancestrales: la greca, en la cual la medicina ha tomado la idea de que el paciente es su primera obligación; y la romana, de la cual se deriva el "Primum non nocere"(49). Desde esas épocas se han formulado algunos principios éticos para la práctica médica e iniciado a desencadenarse la evolución de distintos patrones en la relación médico-paciente.

"La ética es la ciencia que fundamenta el comportamiento moral del ser humano para adecuarlo al bien del universo, la sociedad y el individuo"(2). Los principios fundamentales de la ética profesional, la cual tiende a matizarse de acuerdo a cada profesión o vocación (e.j. ética médica, ética periodística) aunque en el fondo es la misma y no está limitada por situaciones particulares, son básicamente los siguientes: principio de autonomía, principio de beneficencia y de no-maleficencia, principio de distribución y principio de veracidad y confidencialidad (3). Estos dos últimos se pueden concretar en uno solo, que es el principio de la justicia (2).

De moda está el término Bioética, que se deriva de los vocablos griegos, *bio* y *ethos*, y supone entonces la moral de la vida. Sobre el significado y naturaleza de la bioética, Albuquerque (13) resume: es una rama del saber ético; sus contenidos parten desde las ciencias de la vida, en especial biología y medicina, y el cuidado de la salud; su metodología debe ser interdisciplinar. En su Manual de Bioética General, Polaino-Lorente señala como fundamentos de la ética: La dignidad personal, la identidad, la autoconciencia, el respeto al otro, la solidaridad y el valor del cuerpo humano.

La ética muchas veces parece tema un poco vago, en parte a causa de sus definiciones. La palabra dilema proviene del griego *di-* que significa dos, y *lemma*, que significa una proposición o supuesto básico que se acepta axiomáticamente (47); comúnmente se usa cuando se contraponen dos alternativas negativas o poco atractivas. No obstante, su significado original no tiene connotaciones negativas; Rushworth (47) utiliza el término *dilema ético* para representar situaciones del tipo bueno-versus-bueno en los cuales se contraponen dos valores morales básicos, a diferencia de las situaciones en que se plantea un bueno-versus-malo, a lo cual el mismo autor ha denominado *tentación moral*.

En estos días, el avance tecnológico y factores como la publicidad, no sólo rodea al médico actual de un ambiente creciente en intensidad moral (47), sino que lo obliga a enfrentar situaciones nuevas (no necesariamente, para algunos, problemas genuinamente nuevos) que con frecuencia le presentan la necesidad de tomar decisiones que originan serios conflictos en sus valores centrales. Algunos de ellos son la eutanasia, el aborto terapéutico, la anticoncepción, la fertilización in vitro, etc.

El sistema hospitalario guatemalteco, a medida que sufre modificaciones técnicamente progresistas, también supone los retos y confrontamientos individuales

de su personal médico en cuanto a la calidad de atención ofrecida al paciente, en su tendencia humanitaria, tecnicista o científica, y en la búsqueda de un equilibrio entre éstas. En el presente estudio, se describen los puntos de vista del personal médico que labora en el Hospital de Gineco-Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, tanto en el departamento de Pediatría (servicio de Neonatología) como en el de Gineco-Obstetricia, en cuanto a algunos fundamentos bioéticos, y se dan a conocer algunos de los dilemas ético-clínicos sentidos por dicho personal durante su práctica en la atención médica hospitalaria.

II. DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

Existen algunos proyectos y acontecimientos que están ocurriendo en nuestro tiempo, que revolucionan (o tienen el potencial de revolucionar) la medicina moderna, tales como la codificación del genoma humano antes del año 2002 (42), la legalización del suicidio asistido por el médico en Oregon desde hace un año (48) o la fertilización in-vitro, entre otros (16,19, 25, 37). Estos eventos son ejemplos del ambiente de intensidad científico-técnico y a la vez moral en que está inmersa la sociedad actual, en especial la ciencia y arte del cuidado de la salud.

Una editora del British Medical Journal (47), comenta: "Nueva tecnología no es simplemente sobre nuevas máquinas, pero también sobre la forma en que vemos y pensamos acerca de las cosas. Nuestra definición de tecnología es cualquier intervención que influencia la salud y la sociedad." En el área médica, por ejemplo, la utilización de los medios técnicos para el diagnóstico implican una sectorización del mismo y la despersonalización de la enfermedad. Además, el médico tiende a ser absorbido en un enfoque objetivista y frío del examen del paciente. Asimismo, la tecnología presenta la tentación de poder y de hacer, permitiendo el "ensañamiento terapéutico", el intento de manipular el cuerpo humano a través de la ingeniería, etc.

En el campo materno-infantil, los conocimientos científicos básicos para el cuidado obstétrico, ginecológico y del recién nacido han crecido paralelamente a los avances médicos generales. Los aspectos inmunológicos de la reproducción, la fertilización in-vitro, la laparoscopia operativa, el conocimiento genético y de las enfermedades infecciosas, los aparatos para brindar medidas de sostén o terapéuticas para un recién nacido delicado o enfermo, han mejorado las expectativas de atención en este campo. No obstante, esta proliferación de información y tecnología ha alterado la relación médico-paciente, y aunque otorga bases más racionales para la toma de decisiones, también conlleva un potencial de conflictos o confusión, ya que se dispone de diversas opciones en el manejo de las situaciones problemáticas.

Los dilemas éticos en las áreas de ginecoobstetricia y neonatología reciben un reconocimiento creciente (33), en particular porque manejan situaciones en torno al inicio de la existencia, la naturaleza de la paternidad, el control de cada paciente (o de los padres o encargados, como en el caso de un recién nacido) de decidir su destino; además de participar en dilemas comunes a distintos ámbitos de la medicina como lo son el límite de las terapias, la utilización de los recursos, etc.

El sistema hospitalario del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social cuenta con un nivel de medios técnicos y económicos para la atención de los pacientes mayor que en los hospitales públicos, y, aunque no está tan altamente tecnificado como en otros países, ya es posible percibir algunas tendencias de cambio en la relación médico paciente, en experiencias de conflictos morales y la toma de decisiones difíciles. Es por ello que el presente estudio está dirigido a recopilar, entre los miembros del personal médico, los criterios prevalecientes en torno a aspectos bioéticos y las experiencias en cuanto a dilemas ético-clínicos que

hayan surgido durante el ejercicio de su especialidad en el Hospital de Gineco Obstetricia, y es el encargado de la atención ginecoobstétrica y neonatal. También el estudio abarca un pequeño sondeo en cuanto a si es sentida o no la necesidad de crear un comité de ética hospitalario.

III. JUSTIFICACION

La necesidad de reflexión acerca de aspectos bioéticos, de las tendencias de cambio en la relación médico-paciente ante una renovación tecnológica y cognitiva, y de las posibilidades terapéuticas que se abren, al momento poco restringidas, es imprescindible en un momento como éste de la historia de la medicina. Ante el peligro de los cambios inmediatos e imprudentes, se torna importante evaluar los problemas que ya se han experimentado en cuanto a la aplicación de los recursos, los límites terapéuticos, los conflictos morales que predominan en el médico, el paciente, o en la relación entre ambos, así como recopilar las experiencias que han supuesto, para el médico, la toma de decisiones difíciles en los distintos campos de la profesión. Especialmente en el área ginecoobstétrica y neonatal, en que las decisiones tomadas pueden marcar para siempre la vida de una madre o de su hijo, es importante "...hacer explícito aquello que a menudo no se dice, a fin de ayudar a sistematizar lo fragmentario y ordenar lo errático" (47).

Además de permitir apreciar la magnitud del problema, exponer algunas de sus características, y en parte ofrecer una luz sobre el conocimiento y actitudes que posee el personal médico para enfrentar los dilemas que se le presentan en su práctica, la reflexión que supone esta tesis es crucial para establecer una conciencia moral acerca de los fundamentos éticos que sirvan de guía en la resolución de tales dilemas; también para priorizar los valores personales, para fundamentar las posiciones que se defienden y las acciones que se toman. Permitiría entonces un momento de introspección para que como persona humana, médico, integrante de un ambiente hospitalario, especialmente que labora en favor de la salud materno-neonatal, *re-conozca* las prioridades en el ejercicio de su profesión, la naturaleza de la misma y al paciente como un ser equivalente, así como la oportunidad para re-orientar su actuar cotidiano de acuerdo con sus expectativas y esperanzas futuras.

Cabe la posibilidad importante de que los resultados de una tesis de esta naturaleza pudieran motivar al mismo personal médico y a las autoridades de la institución, a la creación de un sistema de soporte y orientación en el campo de la resolución de los dilemas que emergen durante la práctica, tal como un comité de ética hospitalaria.

IV. OBJETIVOS

General

Conocer el criterio de los miembros del personal médico de los departamentos de GinecoObstetricia y de Pediatría (Neonatología) que laboran en el Hospital de GinecoObstetricia del IGSS, en cuanto a algunos fundamentos bioéticos, así como su experiencia acerca de los dilemas éticos más sentidos por ellos en la práctica de la atención médica hospitalaria.

Específicos

*Analizar la concepción que, sobre el inicio de la existencia del ser humano, tienen los integrantes del personal médico del Hospital de Gineco Obstetricia del IGSS.

*Analizar el actuar que teóricamente tendría cada miembro del personal médico ante distintos casos ético-clínicos que se le presenten, relacionados con su especialidad.

*Recabar la opinión del personal médico de dicho hospital en torno a distintos fundamentos bioéticos.

*Describir los dilemas éticos sentidos en la práctica de la atención médica por los residentes de distintos grados en los departamentos de ginecoobstetricia y pediatría (neonatal) del Hospital de Gineco Obstetricia del IGSS.

*Indagar acerca de los problemas de ética sentidos por el personal médico no-residente de los departamentos de Gineco Obstetricia y Pediatría (Neonatología) de dicho hospital, durante su práctica médica hospitalaria.

*Señalar similitudes y diferencias en los dilemas éticos referidos por el personal médico, de acuerdo con su posición y nivel de responsabilidad en el hospital.

*Identificar el (los) medio (s) y/o persona(s) de las cuales se vale dicho personal médico para resolver dilemas éticos sentidos durante la práctica de atención médica hospitalaria.

*Recabar las opiniones de acuerdo o desacuerdo del personal médico hospitalario en cuanto a la creación de un comité de ética en el Hospital de Gineco Obstetricia del IGSS.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

“El camino estará repleto de decisiones éticas, a fin de reconciliar lo eficiente con lo justo y prudente.” Harlan Cleveland (*en Birth of a New World: An Open Moment for International Leadership*).

Antes de ofrecer una exposición acerca de la ética y la bioética en sí, es importante conocer y procurar la comprensión hacia algunos conceptos.

I. Respetto a la Moral

A. Moral

Es el objeto de la ética; representa un conjunto de normas basadas en principios éticos que, aceptadas libre y conscientemente, regulan la conducta individual y social del ser humano. El énfasis de la moral no sólo radica en el deber, sino también en el fin.

El progreso científico y tecnológico no siempre coincide con el desarrollo moral, lo cual constituye una de las situaciones que más desequilibrio crea al hombre moderno. Las faltas morales como genocidios, opresión, violencia, secuestros, irrespeto a los derechos humanos e injusticia denotan un nivel moral bajo. Para conocer el progreso moral de una sociedad o individuo es necesario conocer su motivación al actuar. Se reconoce un progreso moral cuando se obra por convicción y no por temor, con responsabilidad individual basada en la libertad y en el bien, con coherencia entre los intereses individuales y los colectivos (51).

B. De Acto Humano a Acto Moral

Toda acción humana debe tener conciencia psicológica, es decir, el reconocimiento del actuar y del acto, sus medios, fines y consecuencias, para lo cual requiere integridad de la psiquis y el sistema nervioso. Una persona ebria, anestesiada o con trastornos psiquiátricos no tiene conciencia psicológica o la tiene disminuida, por lo que no se le puede imputar responsabilidad moral. También, para constituir un acto humano se requiere *libertad*, que es el momento íntimo en que una persona toma decisiones insustituibles e intransferibles sobre sí misma y su desarrollo (51), no sólo para *hacer* una u otra cosa, sino para *ser* alguien que se ha propuesto. Es poder hacer lo que se debe hacer.

La *consciencia moral* es la capacidad de juzgar un acto humano propio o ajeno con relación a una norma moral (51). Cada época en el tiempo le da un tono particular, puesto que está condicionada por la genética y el ambiente físico o cultural; nace principalmente en el seno de la familia. La corrupción del individuo o de las estructuras sociales puede deformarla, por lo que es importante crear una sociedad con un ambiente ético, donde sea más fácil hacer el bien que el mal. Puede también ocurrir que la consciencia moral del individuo o sociedad se “desensibilice” (se torne incapaz de percibir los valores morales), cuando es sometida a la observación repetitiva de una violación de éstos, opacando la

capacidad de asombro y de indignación. Además, la conciencia moral puede equivocarse, puesto que depende del juicio racional; una equivocación en la percepción o planteamiento de la situación puede producir un juicio moral erróneo.

La sensibilidad moral puede presentarse de tres formas (51): Resentimiento (al ser víctimas de una ofensa moral), indignación (al observar que se comete una falta moral), y culpa (cuando cometo una falta moral).

Las leyes externas no pueden situarse por encima de la conciencia moral; se tiene derecho a desobedecer una ley que se opone a nuestra conciencia. Puede ocurrir discrepancia privada o pública, como por ejemplo al negar el consentimiento parcial o total a una teoría o juicio que alguien formula, o se niega obediencia a una o más leyes, respectivamente. Se le llama *objeción de conciencia* al tipo de discrepancia de carácter no violento, que se manifiesta en el rechazo individual a obedecer cierta ley, por obedecer una de mayor rango y profundidad para la persona. Por lo general conlleva una alternativa positiva a la obligación impuesta. (14).

El *acto moral* tiene como componente subjetivo el acto mismo--que debe ser un *acto humano*-- y la norma moral es su aspecto objetivo. Cuando el ser humano actúa como persona, con toda su personalidad, capacidad de autoconocerse y autodeterminarse, se ejercita la *responsabilidad moral*. Se basa en la autonomía y libertad de la persona, y supone la ausencia de miedo o coacción. Es producto de la tarea más importante de la educación.

II. Del Médico y su Profesión

A. Naturaleza de la Medicina

La medicina es un arte, ya que tiene que tomar acciones para alcanzar sus objetivos, y a la vez una ciencia, puesto que se basa en el conocimiento; su fin es el cuidado de la salud del ser humano. No da la salud, sino que ayuda a conservarla o a recuperarla. Su objetivo es aliviar el sufrimiento, cuando es posible mediante la curación. Algunos consideran erróneamente como objetivo de la medicina el prolongar la vida, y olvidan que la calidad de vida es más importante que su mera prolongación. Tampoco es evitar la muerte, la cual despierta frustración en el médico cuando se presenta. Esto ha ocurrido especialmente desde el inicio del siglo XX, donde se espera que los médicos y hospitales impidan la muerte o se encarguen de los que agonizan (36).

B. La figura del médico

El ser médico connota tres características primordiales: bondad, sabiduría y respeto (51).

La bondad implica que en todo acto el médico busque el bien del paciente (físico, psíquico y social). No es lícito perseguir ante todo ganancia económica,

fama, etc. Requiere de él la ecuanimidad, madurez psicológica y un apego a la regla de oro: Trata a tu paciente como quisieras que te trataran a ti.

En cuanto a la sabiduría, ésta abarca los conocimientos teóricos, habilidades prácticas y actitudes para ejercer la medicina con eficiencia. Adquirir una preparación suficiente en cantidad y calidad, actualizada, y adecuada a las circunstancias del campo de práctica, es una obligación ética (mayor después de la adquisición del título). También lo es el transmitir los conocimientos a sus colegas, discípulos y personal del equipo de salud.

Respeto por el paciente y por su profesión es la tercera característica. En cuanto al paciente, ello implica los gestos, palabras, formas de referirse a la persona--preferiblemente llamándoles por su nombre anteponiendo su condición civil. También incluye no mofarse de sus creencias en el aspecto de salud, su cultura, valores, religión, partido político. El médico no debe rechazar o reprender al drogadicto, alcohólico, homosexual, prostituta, etc. Debe guardar celosamente la intimidad y privacidad del paciente, no haciendo más preguntas de las necesarias y respetando el pudor del mismo durante su examen físico.

El médico debe aliviar los síntomas del paciente, no importarle sólo la etiología de la enfermedad. Humanamente, debe explicar al paciente su enfermedad, sin considerar esto una pérdida de tiempo. No debe darle pena, ni molestarle, el darle cuidados básicos a su paciente: movilizarlo, alimentarlo, inyectarlo. El deber del médico no está sólo en hacer el diagnóstico, también en atender al moribundo y consolar a su familia.

Las acciones del médico pueden clasificarse en cuatro tipos básicos (51):

Pedagógicas-- Implican principalmente guiar, conducir al paciente, no sólo en lo referente a su salud, sino también en sus actitudes frente a la vida y la muerte. Debe enseñar al paciente a respetar la naturaleza, el ritmo de la vida, los cambios que con éste se presentan.

Muchas veces el sufrimiento del paciente es causado por su ignorancia y la incertidumbre de si lo que siente es patológico. Por ello, la sola explicación al paciente de que su cuadro corresponde a una variante normal, o precisarle su enfermedad, es ya un alivio para éste.

Preventivas--El médico debería de enfocarse más a este aspecto de su quehacer, ya que es más efectiva, ahorra sufrimientos y es menos costosa.

Curativas y Reparadoras-- A ellas está más enfocada la formación y práctica médica.

Szazz (49), describe algunas orientaciones que usualmente son las que se consideran para la justificación de las intervenciones médicas. La primera es la orientada a la enfermedad--se debe dar tal tratamiento debido a que tiene tal enfermedad. Otra, la intervención justificada por la curación a obtener (orientada al tratamiento). En tercer lugar, la justificación de intervención orientada por

consentimiento; es decir, el médico recomienda un tratamiento y el paciente está de acuerdo en recibirlo. El autor, no obstante, refiere que existen muchas disyuntivas potenciales entre los hechos médicos y las justificaciones morales descritas.

Es imposible evitar la iatrogenia en el quehacer médico, pero una buena preparación científica y humana del profesional la minimiza. La mayoría de los errores se dan por sobrevalorar o subvalorar los hallazgos.

C. Relación médico-paciente-sociedad

El médico tiene una deuda de gratitud con la sociedad y los pacientes, porque a través de ellos alcanzó su profesión, causando algunas veces dolor. No obstante, una vez graduado, el galeno tiende a olvidar este hecho, y a actuar en forma altiva y dominante.

A través de la historia la relación del médico con el paciente ha adquirido varios matices: paternalista, autónoma (el paciente toma las decisiones mientras que el médico es sólo un espectador), y la responsable (en que ambas partes asumen responsabilidad y toman una decisión con conocimiento y libertad), que es la más adecuada (31, 48). Desde otro punto de vista, la relación médico paciente puede ser directa o indirecta (a través de una institución como el Seguro Social), voluntaria (las dos partes están de acuerdo) o a través de un tutor o responsable. Puede tornarse obligatoria para el médico, como en el caso de atender una emergencia sin posibilidad de rehusarse ante la ausencia de otro médico; y para el paciente, cuando se ve en la necesidad de aceptar al médico que se le asigne dentro de una institución.

La intervención de muchas personas en el proceso de salud de un paciente, la influencia del personal administrativo en las empresas de salud, el aumento de los costos del servicio de salud, y el alto nivel técnico y poco calor humano del profesional de la medicina, son varios de los factores que inciden actualmente en el deterioro de la relación médico-paciente al minar la intimidad y la confianza, y establecer un patrón más impersonal e indirecto por los trámites que deben realizarse.

D. Personal Médico Hospitalario—Responsabilidades/Atribuciones

En el "Manual de Organización y Procedimientos Hospitalarios", publicado por la OPS, se mencionan las atribuciones del cuerpo clínico que forma parte de un equipo de Pediatría y/o de Ginecoobstetricia, entre otros. También especifica los perfiles de cargo de un médico supervisor de equipo, un médico asistente y un médico residente.

En el caso del IGSS, estas categorías pueden ajustarse a los jefes de servicio (médico supervisor de equipo), médicos especialistas I y II y médicos de consultorio (médicos asistentes), y médicos residentes como tales. Aquí es importante enfatizar el hecho de que los médicos deben cumplir con las normas y reglamentos del hospital en que laboren, y el que, a mayor rango, mayor responsabilidad laboral.

Médico Supervisor de Equipo

Su actividad profesional se dirige a orientar el funcionamiento de las actividades médicas en las fases de diagnóstico, tratamiento y evaluación constantes de los programas de asistencia al paciente. Algunas de sus tareas las conforman:

- Orientar a los médicos bajo sus órdenes en las distintas áreas de servicio del hospital.
- Proponer pautas de procedimientos médicos
- Proponer normas para las indicaciones de internamiento, alta, conducta terapéutica, pedido de exámenes complementarios, pedido y orientación de especialistas.
- Autorizar por escrito las intervenciones quirúrgicas que deberán ser realizadas a los enfermos.
- Autorizar y/u orientar y/o realizar los procedimientos médicos más complejos de su especialidad.
- Controlar los recursos humanos y materiales asignados a su unidad.
- Cumplir y hacer cumplir las normas y reglamentos del hospital.

Médico Asistente

Su trabajo consiste en asistir al paciente en las fases de diagnóstico y tratamiento durante el internamiento o en seguimiento de consultas externas. Algunas de sus tareas típicas son:

- Proponer las indicaciones de las internaciones al médico supervisor según las normas de la unidad.
- Realizar procedimientos relativos a la especialidad según las normas establecidas.
- Visitar diariamente a los pacientes internos, anotando una evolución en sus historias clínicas, prescribir, firmar transferencias, altas y certificados de defunción.
- Atender al paciente ambulatorio para diagnóstico y tratamiento.
- Autorizar la realización de exámenes complementarios y dictar la conducta terapéutica.
- Presentar al médico supervisor los casos nuevos.
- Seguir las normas establecidas por la unidad.
- Cumplir las normas y reglamentos del hospital.

Médico Residente

Su trabajo de ejecución de actividad profesional, forma parte de un programa de aprendizaje de carácter teórico-práctico, bajo supervisión. Entre sus tareas típicas están:

- Realizar la historia clínica y ordenar la documentación correspondiente a cada paciente
- Participar en las visitas médicas diarias con los médicos asistentes y el médico supervisor
- Prescribir y pedir exámenes bajo la orientación del médico asistente

- Participar en las actividades académicas.
- Cumplir y hacer cumplir el reglamento del hospital y de la categoría.

III. De la Ética Médica a la Bioética

Vélez define la ética como la "...ciencia que fundamenta el comportamiento moral del ser humano para adecuarlo al bien del universo, la sociedad y el individuo"(51). La ética médica en particular se clasifica como una ética profesional. Esta permite que el ejercicio profesional del médico no se desvíe de las metas establecidas desde su origen. Incluye una especificación de obligaciones así como la definición del rol del médico en su práctica particular. Generalmente está contenida en códigos de colegios y academias que establecen principios para la atención de los pacientes, y se remonta al Juramento Hipocrático. (V. Anexos)

La ética médica hipocrática representa una de las etapas históricas que han aportado criterios y categorías filosóficas consideradas en la bioética, así como también lo son la moral médica de tipo teológica, la aportación de la filosofía moderna y la reflexión de los derechos humanos en Europa, principalmente después de la segunda guerra mundial (48, 31).

En medio de la historia no se pueden obviar los aportes del cristianismo, ante todo en la fundamentación del concepto de "persona humana". El personalismo cristiano surge tras la superación del dualismo clásico al considerar al hombre una unidad cuerpo-espíritu, criatura de Dios, co-responsable de la tierra y de la vida en el mundo ante el Creador mismo. Por el misterio de la Encarnación-Redención, el hombre se tornó imagen visible de Cristo, con lo cual se originaron modificaciones en la atención hospitalaria y salud pública, muy influenciada en otros tiempos por la Iglesia católica y las comunidades cristianas, aún después de la Revolución Francesa (48).

La bioética nace hace aproximadamente 25 años, en medio de un contraste jurídico, deontológico y religioso. Después del proceso de Nuremberg (1945-1946), en que el mundo conoció delitos del régimen nazi contra prisioneros y civiles, se originaron la formulación de los derechos humanos y la aprobación de códigos deontológicos médicos, así como múltiples comunicados de orden religioso para instrucción de los fieles y presentación de propuestas al mundo médico y político.

Según la definición de la Enciclopedia de Bioética (1978), ésta constituye el "estudio sistemático de la conducta humana en el campo de las ciencias de la vida y de la salud, analizadas a la luz de los valores y principios morales". Por lo tanto, la bioética contiene a la ética médica.

La bioética se ha expresado en tres connotaciones (48):

Bioética general-- que se ocupa de los fundamentos éticos, valores y principios de la ética médica en su sentido filosófico.

Bioética especial-- la cual analiza los problemas médicos y biológicos (eutanasia, aborto, etc.), a la luz de las conclusiones de la bioética general.

Bioética clínica o de toma de decisiones-- a través de la cual se realiza un análisis para determinar los valores que están en juego en un caso clínico y la forma correcta de proceder en ellos para no modificarlos. No se puede separar de la bioética general.

Al igual que cualquier ética humana, los puntos de referencia de la Bioética son el valor fundamental de la vida, el valor trascendente de la persona y la concepción integral de la misma, la relación de prioridad y complementariedad entre el individuo y la sociedad, y un concepto personalista y "comunional" del amor conyugal (48).

En el debate actual sobre la bioética, existen diversos enfoques intelectuales de la misma. Se mencionan el modelo liberal-radical, el utilitarista, el modelo sociobiológico y el personalista (48). Sólo nos extenderemos en este último, puesto que se considera más apropiado para fundamentar la objetividad de los valores y de las normas, y para resolver contradicciones generadas en los otros modelos.

El modelo personalista establece que el hombre es persona porque es el único que puede reflexionar sobre sí mismo y autodeterminarse, captar el sentido de las cosas y dar sentido a sus expresiones. Es decir, es el único que cuenta con razón, libertad y conciencia. Desde el momento de la concepción hasta la muerte, la persona humana es punto de referencia para la sociedad, y medida entre lo lícito y lo ilícito. El personalismo no es lo mismo que el individualismo; éste último se concentra no en la persona existencial, sino en su capacidad de autodecisión y elección.

A. Principios y Fundamentos de la Ética y la Bioética

En su libro *Ética Médica*, Vélez comenta sobre los tres principios de la ética: *Autonomía, Justicia y Benevolencia* (1, 31, 48, 51).

La *autonomía* es básicamente el derecho que cada persona tiene para decidir sobre su propia vida y la responsabilidad que asume ante sí y ante otros del destino que le dé a su existencia. Kant establece que el ser humano es un fin en sí mismo, y no puede ser tomado por otro como medio. En el contexto religioso, la autonomía es relativa por la dependencia del Creador.

La autonomía, sin embargo, puede estar restringida por influencias externas e internas. Entre las primeras están la coerción, el engaño físico y emocional o la privación de la información indispensable. La restricción interna sería la falta de competencia.

El principio de *justicia* establece que todos los seres humanos tienen iguales derechos para alcanzar lo necesario para su desarrollo pleno. No quiere decir que

todos somos iguales, pero sí que tienen los mismos derechos humanos el niño que está por nacer como el adulto y el anciano.

Benevolencia, indica la obligación moral de todo ser humano de hacer bien a los otros, y por ende, ningún ser humano puede hacer un daño intencional a otro, a excepción de la circunstancia de defensa propia. Sgreccia distingue entre benevolencia, que es la intención de hacer el bien, y beneficencia, que implica que la acción sea un bien (48).

Los tres principios de la ética aquí discutidos están implícitos en los corolarios y principios por los que se rige la bioética personalista (48), los cuales son:

a) Defensa de la vida física

La vida corporal, física, del hombre representa un valor fundamental de la persona misma. En el ámbito de su defensa y promoción, está considerada la defensa de la salud. Estaría por demás decir que la salud es una cualidad del que vive y que por tanto la vida prevalece sobre la salud, pero se presentan situaciones en las que se pone en peligro la vida de alguien por la salud de otro, como en el caso del aborto terapéutico.

En el mundo occidental representa varios peligros el concepto en que se ha desarrollado la salud como un bien supremo del bienestar temporal. Algunos de ellos son la sobrecarga de gastos sanitarios curativos y la menospreciación de la prevención, la defensa extrema de la salud de algunos marginando a millones en países subdesarrollados y principalmente a los más indefensos (discapacitados, ancianos, fetos). Se exige, y aquí vemos implícito el principio de la justicia, que la salud sea un valor promovido universalmente y proporcionalmente a las necesidades de cada uno; para que cada uno posea el mejor estado de salud de que es capaz (Artículo 25 de la Constitución de la OMS).

b) Principio de libertad y responsabilidad:

En primer lugar, debe aclararse que, sobre el derecho a la libertad prima el derecho a la defensa de la vida, por lo que la primera debe responsabilizarse de la segunda. Esto es, porque la vida es condición indispensable para ejercer la libertad. En el caso del "derecho a la eutanasia" por ejemplo, no se puede decidir la terminación de una vida en base a la libertad de elección. Otro caso lo supone el rechazo de una terapéutica por motivos religiosos.

Este principio sanciona la obligación moral que el paciente tiene de colaborar en los cuidados ordinarios y necesarios para conservar la vida y la salud propia y ajena (48).

Cuando no está en juego la vida del paciente, el médico no puede tornar obligatorio un cuidado y debe solicitar el consentimiento del mismo. Si el médico considera contrarios a la ética los deseos del paciente, está en la libertad de desligarse del caso e instar al paciente a la reflexión.

c) El principio terapéutico o de la totalidad

Este se basa en que el cuerpo humano es una unidad compuesta por partes distintas, y que cuando sea necesario para salvaguardar la vida, es lícito sacrificar o mutilar una de estas partes. Aparte de su aplicación en las intervenciones quirúrgicas ordinarias, es más relevante en el caso de actuaciones que implican daños importantes, como la esterilización terapéutica, el extirpar un tumor, el trasplante de órganos. En estos casos, el daño que conlleva la intervención con otra finalidad lícita u obligada es éticamente aceptable.

Con relación a este principio, el cuerpo no debe entenderse en sentido exclusivo, sino considerando el bien corporal aunado al espiritual y moral de la persona. Esto incluye la norma de la "*proporcionalidad terapéutica*" (48), en la que se sopesan los riesgos y beneficios que aporta para la persona dentro de dicho contexto. A este respecto debe evaluarse el *ensañamiento terapéutico*, en que se aplican cuidados excesivos ya sea para dar la impresión de eficiencia, complacer al paciente o sus familiares sin resultados previsibles, o para experimentar terapias que no llevan beneficio alguno al paciente.

Relacionado con el propio tratamiento está el criterio de justificación del "*voluntario indirecto*", en el que puede resultar un *doble efecto* de la acción, positivo y negativo desde el punto de vista ético. Para que éste se aplique correctamente, deben establecerse ciertas condiciones: que la intención del agente esté dirigida a la finalidad positiva; que el efecto directo de la intervención sea el efecto positivo; que éste sea mayor o equivalente al negativo; y que no existan alternativas exentas de efectos negativos aplicables al caso (48).

d) Principio de sociabilidad y subsidiariedad

El principio de sociabilidad establece que cada persona está comprometida a su propia realización y a participar en la de los demás, siendo pertinente resaltar aquí el aspecto de la vida y de la salud. En términos de justicia social, obliga a la comunidad a garantizar el acceso de cada uno de sus miembros a los servicios necesarios para el cuidado de la salud. Aquí se habla del término de subsidiariedad, en el cual la comunidad debe ayudar más allí donde es mayor la necesidad.

Ante el aumento de los costos en el campo de la salud, muchos adoptan la posición economicista de costos/beneficios, por lo que consideran la posibilidad de concentrar los recursos en los ciudadanos con capacidad productiva, relegando a los enfermos graves y los incurables. No obstante, la subsidiariedad precisamente recuerda contra esa discriminación.

Un grupo de principios con amplia aceptación en la ética biomédica, según un artículo en las Clínicas de Perinatología (16), incluye los siguientes: Respeto a las personas, beneficencia, no-maleficencia, proporcionalidad y justicia. En este caso, se refieren los autores a *proporcionalidad* como la obligación, al tomar decisiones que involucran riesgos de daño, de balancear riesgos y beneficios de

modo que las acciones tengan la mayor oportunidad de resultar en el menor daño posible y el mayor beneficio a las personas directamente involucradas.

En su "Manual de Bioética" Polaino-Lorente se refiere a los siguientes como fundamentos de la ética: La dignidad personal, la identidad, la autoconciencia, el respeto al otro, la solidaridad y el valor del cuerpo humano. En parte ya se ha expuesto sobre ellos en las líneas anteriores. No obstante, conviene profundizar en algunos aspectos.

---Dignidad y sentido de la vida

Se refiere a dignidad de la persona humana el valor, mérito, honor que ésta comporta en sí misma. En el campo de la bioética, ésta ha sido establecida como fundamento de cualquier relación y entendimiento.

La dignidad proviene de la racionalidad y de la libertad de la persona. Para un creyente, la fundamentación última de la dignidad humana está en que cada hombre es imagen y semejanza de Dios, un ser inteligente, libre, autoconsciente, y que será tanto más digno cuanto más se asemeje a su Creador. Ello obliga a la persona a desarrollar sus perfecciones al máximo.

El sentido de la vida manifiesta la dignidad humana, y a la vez ésta se alimenta y optimiza en la medida en que el hombre alcance a saber qué hace en este mundo y que sentido tiene su vida cada día. La vida gira entonces en torno al sentido descubierto, así dignificándose.

El sentido de la vida está estrechamente relacionado con el fin último del hombre, y por ende, con el principio de cada vida humana.

---Identidad

Se fundamenta en la propia naturaleza humana y sostiene al hombre como un fin. Por el pensamiento el hombre se autoconoce y autoposee, es capaz de objetivizar cuanto le rodea al mismo tiempo que se manifiesta a sí mismo el ser que constituye.

La identidad personal no se reduce aún cuando el hombre se ha conducido en contra de su dignidad personal y se ha perdido el respeto.

---Autoconciencia

La conciencia que de sí mismo tiene el hombre. Retroalimenta nuestra identidad.

---Respeto al otro

El ser autoconsciente nos lleva a reconocernos a nosotros mismos como una imagen del "absoluto" (40) y por ende a reconocerlo también en el otro. Respeto es no reducir ni limitar un ser por lo que representa.

---Valor del cuerpo humano

El cuerpo humano, unido sustancialmente al espíritu, participa de la dignidad del todo personal. La vida corporal es la misma vida humana, de la que se desprenden los demás derechos del hombre. Por ello, el derecho a la vida es también para la persona un deber. No es posible tratar el cuerpo como una cosa más del universo, puesto que constituye un elemento esencial de la persona humana digna.

Dentro de la moral de la vida (1), que es la bioética, un tema fundamental y altamente debatido corresponde al inicio de la existencia del ser humano y al momento de adquisición de sus derechos como tal. Es pertinente tratarle aquí en forma breve.

La naturaleza del feto ha sido últimamente muy discutida tanto por filósofos como por entes jurídicos. La opinión más aceptada es reconocer la condición plenamente humana del embrión una vez que éste se ha implantado en la mucosa uterina, dos semanas después de la fecundación. En esta etapa ya existe un grado de desarrollo orgánico en el que se pueden reconocer estructuras funcionales propias del ser humano.

No obstante, una vez fusionados los pronúcleos masculino y femenino, el cigoto ya es un ser vivo unicelular que contiene la información genética y estructura biológica de la especie humana; su citoplasma y núcleo con dicha información están bien diferenciados, está sexualmente determinado y es autónomo porque posee en sí mismo la capacidad de crecer y generar otras células, así como de crearse el hábitat necesario para desarrollarse y vivir. (40, 48, 51)

Los derechos como ser humano no son otorgados, sino que se derivan de la misma naturaleza del individuo independientemente del grado de su madurez, edad, capacidades, raza, calidad de vida, etc. Desde el inicio de su existencia hasta su terminación el ser humano debe ser tratado de acuerdo con su dignidad, por lo que en ninguna circunstancia puede rebajarse a la condición de "algo" manipulable.

B. Algunas obligaciones éticas del médico

I. Consentimiento Informado

Basado en la autonomía del paciente para aceptar o rehusar una acción médica, tras entender la información sobre ella, haber considerado las alternativas relevantes y estar en la capacidad de expresar su decisión, se ha designado el *consentimiento informado*. Para ello el paciente debe contar con libertad y competencia mental, por lo que representan dificultades el menor de edad, el enfermo mental con limitaciones en el juicio o la voluntad y el enfermo inconsciente. En casos pediátricos, son variables importantes a considerar la competencia del paciente, los competitivos intereses de padres e hijos (en algunas ocasiones) y la tradición de tratar a los niños con más paternalismo que el que suele aceptarse para el adulto.

El concepto de *competencia* está estrechamente unido con el de autonomía, y se define como la capacidad del paciente de comprender las posibles consecuencias de su decisión y las alternativas de que dispone. Es especialmente relevante la autonomía en la adolescencia, aunque también hay niños más pequeños que en ocasiones son competentes para tomar sus propias decisiones sobre la asistencia sanitaria que deben recibir (32).

Paternalismo es el acto de interferir con la libertad de otra persona en su propio beneficio. En casos pediátricos, suele considerarse un deber de los padres, aunque esto es injustificable moralmente cuando se trata de pacientes competentes, con ciertas excepciones. En general se apoya la opinión de que el paternalismo está justificado al menos en las circunstancias en que existe una alta probabilidad de daño grave; cuando sea probable que la interferencia con la libertad del paciente impida el daño; y cuando existe una razonable probabilidad de que el paciente habría querido ser tratado de esa manera, o de que lo agradecerá más adelante.

En cuanto al consentimiento informado, cuando no es posible obtener éste del paciente o de un tercero, el médico debe guiarse por un corolario como lo es el deseo de vivir más que menos de la mayoría de las personas, o el deseo de evitar el dolor en la medida de lo posible. En un caso de emergencia en que está en juego la vida del paciente si no se brinda un tratamiento, cuando el paciente no puede darlo por un estado mental alterado y no hay parientes o responsables de él, no se requiere un consentimiento informado.

El consentimiento informado supone algunas dificultades, tal como el determinar si la información brindada al paciente es suficiente y adecuada; no se deben hacer omisiones con la intención de engañar al mismo o de manipular su respuesta. También preocupa la influencia que los sentimientos o el duelo psicológico puedan tener sobre el raciocinio del paciente. Se ha observado que los pacientes hospitalizados tienden a ser más pasivos frente a la toma de decisiones que los ambulatorios, por lo que es probable la violación más frecuente del consentimiento informado con ellos (51). Esto ocurre principalmente con los que están hospitalizados para algún tratamiento clínico más que para el quirúrgico, puesto que éstos últimos tienen pocas decisiones que tomar.

Actualmente se manejan dos estrategias para suplir un consentimiento informado en caso de incompetencia. Una de ellas son las directrices, en las que el paciente deja claramente escrito de antemano lo que desea se le haga en caso de no poder ofrecer su consentimiento idóneo. La otra opción es la subrogación, en la cual se nombra a una persona para que decida, en nombre del paciente, las acciones de salud a tomar en dichos casos. Existe aún una tercera que son los "testamentos biológicos", que aunque es éticamente válido y puede servir de orientación a familiares y al personal de salud, no impone obligaciones jurídicas.

2. Secreto Profesional

Es el deber ético del médico de no divulgar ni permitir que se conozca información que directa o indirectamente obtenga en su ejercicio profesional acerca de la salud y vida de un paciente o su familia. Este deber lo obliga aún después de la muerte del mismo. La importancia del secreto profesional radica en la confianza que se pone en el médico de que éste no va a producir daño al paciente, y por el derecho de este último a la privacidad.

Los factores que actualmente ponen en riesgo el secreto profesional incluyen la intervención de múltiples personas en el tratamiento del paciente, el acceso del personal administrativo a la información de los pacientes, la inclusión de la informática, en la que se pueden observar, por ejemplo, resultados de laboratorio desde distintas terminales, etc. En estos casos es necesaria la extensión del secreto médico.

En algunas situaciones le está permitido al médico revelar el secreto profesional, y en otras se le exige. Esto puede ocurrir con o sin el consentimiento del paciente, pero siempre que se revele, debe buscarse el bien del paciente o la sociedad, procurando que los beneficios sean mayores que los daños. Por ejemplo, el informar a las autoridades de tránsito sobre un paciente que no es conveniente que conduzca, el reporte de los casos de enfermedades contagiosas, o cuando se solicita judicialmente la declaración del médico como testigo o perito.

Algunos conflictos en cuanto al secreto médico se presentan cuando:

-- Es deber del médico curar al enfermo y al mismo tiempo mantener a otros libres de enfermedad, en la cual deberá tratar de cubrir ambos deberes.

-- El deber profesional del médico ante su paciente y su deber como ciudadano se contraponen. En este caso, cabe recordar que el paciente no debe ignorar los deberes civiles del médico.

-- El médico es solicitado para suministrar información confidencial requerida para la justa aplicación de la ley.

Algunas situaciones representativas de conflictos en las que el secreto profesional se encuentra debilitado en sus bases, son la medicina de empresa y la medicina de Seguro Social (48). En este campo chocan dos obligaciones del médico, antagónicas entre sí: la obligación moral con el paciente de reservar todos los datos de su enfermedad, y el compromiso con la empresa o el ente de Seguridad Social de tenerles informados sobre la morbilidad y pronóstico de las afecciones de sus trabajadores y asegurados, para adecuar el funcionamiento de las entidades. El mayor problema está en que se requiere información detallada, que pasa por distintas manos y hacen prácticamente imposible el secreto médico. En este caso, el médico debe tratar de defender todo lo posible el secreto de sus pacientes.

Otra situación importante es el secreto médico en relación con el matrimonio. Antes del matrimonio, pueden surgir problemas cuando los familiares de los futuros contrayentes indagan la existencia de enfermedades contagiosas o hereditarias en el otro. En este caso, el médico no puede revelar el secreto, aunque le resulte difícil no actuar. Algunos sugieren que se podría recomendar a los contrayentes que adquieran una póliza de seguro de vida, pero podría ser una forma indirecta de violar el secreto. Lo más conveniente es el consejo médico prematrimonial.

Durante el matrimonio, en caso de enfermedades contagiosas, principalmente las de transmisión sexual, debe aconsejarse al cónyuge enfermo sobre las medidas preventivas y curativas. No obstante, si la posibilidad de daño para el cónyuge sano es grave, el médico es libre de advertirlo acerca del peligro.

C. Derechos de los Pacientes Hospitalizados

Con la declaración de los derechos humanos, los cuales protegen todas aquellas condiciones mínimas que el hombre necesita para vivir dignamente, se difundieron posteriormente cartas de derechos del paciente. Las más conocidas son la Declaración de los Derechos del Paciente aprobada por la Asamblea de Representantes de la Asociación Americana de Hospitales en 1973 y la Declaración de Lisboa sobre Derechos del Paciente, adoptada en la 34a Asamblea Médica Mundial en 1981.

Los derechos del paciente hospitalizado son básicamente diez apartados, algunos de los cuales sólo mencionaremos (26):

1. El derecho a la vida

Aquí se recalca la obligación médica de respetar la vida humana desde el momento de la concepción, por lo cual se prohíben el aborto y la eutanasia. Sin embargo, por la definición jurídica de muerte como equivalente a muerte cerebral, ya no hay obligación de mantener apoyo vital a los individuos en que se constate.

No obstante, cuando se trata de preservar una vida en condiciones que representan un mayor sufrimiento sin esperanza de mejoría, y aunque los preceptos legales y éticos prohíben estrictamente atentar contra la vida, se debate la posibilidad de retirar las medidas de sostén vital y de no "resucitar" a los enfermos que no tienen posibilidad de recuperarse o que al hacerlo sólo prolongarían su sufrimiento. En este sentido se habla de *calidad de vida* como un concepto que ayuda en la toma de decisiones; no obstante, este es relativo pues se basa en lo que el médico desearía para sí mismo. Además, se ha visto la influencia cultural, religiosa, y de otros factores en la concepción, lo cual ha provocado, según estudios, el que por ejemplo los enfermos de SIDA hayan recibido más indicaciones de no efectuárseles resucitación que pacientes con cáncer, cirrosis o insuficiencia cardíaca (26).

2. El derecho a la salud

3. El derecho a la autonomía

4. El derecho a la información

5. El derecho a la verdad

6. El derecho de confidencialidad

7. Derecho de la libertad

El hospital tiene sus propias normas en cuanto al ingreso y salida de las personas y en cuanto a las posibilidades de comunicación del paciente con el exterior, pero debe tomarse en cuenta el derecho del paciente a la libertad como parte de su autonomía.

8. El derecho a la intimidad

El paciente tiene derecho a que se le aisle de los demás si así lo desea, a negarse a exponer su cuerpo; a exigir que se identifique quien pretenda entrar a su cuarto y a que se le solicite permiso para hacerlo; o a que nadie presencie, excepto el personal de salud mínimo indispensable, las acciones diagnósticas o terapéuticas que se realicen sobre su cuerpo.

9. El derecho a un trato digno

El hospital tiende a despersonalizar al paciente. Es un derecho que requiere que no se trate al paciente como al número de cama que ocupa, el servicio que lo atiende o la enfermedad que lo aqueja.

10. El derecho a la mejor atención médica posible.

IV. Respeto a los dilemas éticos y el campo clínico

A. Dilemas Éticos

Según lo expuesto por Szaz en cuanto a las justificaciones de la intervención médica, el autor refiere que nuestros dilemas en ética médica tienen dos orígenes: fáctico (o epistemológico) y moral (o ético). En el primero, por ejemplo, corresponden preguntas como: ¿Qué es enfermedad? o ¿Qué es consentimiento? Respecto al origen moral se puede preguntar sobre qué justifica una intervención médica.

Otra forma de visualizar los dilemas posibles en la práctica médica, se refiere a los que pueden surgir entre la autoridad (del legislador) y la conciencia (del que tiene que actuar). Este conflicto refleja el viejo enfrentamiento entre legalidad y

moralidad. Un mismo acto médico puede ser juzgado por tres códigos diferentes (tanto en lo respectivo a fundamentación como a finalidades): Por la conciencia personal, que juzga nuestros actos; por el código deontológico de la institución médica colegial, que verifica la conformación de los actos a las normas que regulan la profesión; y por el código jurídico, el cual comprueba si el acto es o no legal e impone una pena si es requerida.

Sgreccia comenta que las situaciones de conflicto surgen por las limitaciones, imperfecciones y condicionamientos de la conciencia valorativa (48). Ante un problema moral, la tradición teológica ha reconocido dos principios para esclarecer las situaciones:

--Principio del mal menor: Cuando se contraponen un mal físico y un mal moral, debe procurarse el primero para evitar este último, que es el que compromete el bien superior. Ejemplo de ello es el sacrificio de la vida antes que la imposición de hacer un mal moral.

También está la eventualidad de una elección entre dos males físicos, uno menor que otro. Aunque la elección es obvia, a veces el sujeto opta por un mal físico mayor si esto le supone una ventaja superior, como lo es evitar analgésicos para contar con mayor lucidez mental para compartir con los familiares, en el caso de un enfermo con cáncer.

Cuando se trata de dos males morales, no existe una elección, y ambos deben rechazarse (48).

--Acción del doble efecto (Voluntario Indirecto): Constituye la segunda alternativa, ya expuesta previamente.

Según Rushworth, un dilema es un choque de valores, y se identifica porque en la situación se contraponen algo bueno versus algo también bueno. Un paradigma (del griego *para*-"más allá" o "aparte" y *deigma*, que significa "ejemplo") es literalmente un "modelo" o "patrón" que es ampliamente aceptado como una forma efectiva de explicar fenómenos o series de datos complejos, considerando de ellos sólo las ideas centrales. A través de cuatro paradigmas puede ser analizado un dilema --o al menos la mayoría (47):

Justicia versus compasión

En él, la justicia, la equidad y aplicación imparcial de la ley se contraponen con frecuencia a la compasión, la empatía y el amor. La Justicia, simbolizada como una mujer con los ojos vendados, exige la defensa de los principios y el respeto a las reglas sin hacer aspección de personas. Por otro lado, la compasión conduce a amar (y perdonar) más allá de toda regulación o restricción legal, a veces violándola. Para algunos el deseo de justicia es una forma de amor, mientras que otros manifiestan que el sentido original de la justicia se basa en la venganza.

Corto plazo versus largo plazo

Denota choques entre la satisfacción de necesidades o deseos inmediatos y la de metas futuras. Es quizá el dilema más conocido de todos, y se encuentra en la práctica cotidiana, cuando, por ejemplo, decidimos comprar algo ahora o ahorrar el dinero para un proyecto posterior. También se relaciona estrechamente con el pensamiento religioso y teológico, en el cual el sacrificio personal está vinculado a una recompensa futura, temporal o espiritual.

Individuo versus comunidad

Refleja la disyunción entre el beneficio personal o de unos pocos respecto al grupo mayor, entre "las demandas del individualismo y los reclamos de la comunidad" (47). Refiriéndose a la comunidad como a un grupo de apoyo para nuestras inclinaciones morales, Rushworth (47) cita a Aitai Etzioni (autor de "El Espíritu de Comunidad: Derechos, Responsabilidades y la Agenda Comunitaria") en el siguiente comentario: "Las comunidades nos hablan en voces morales. Exigen algo de sus miembros. De hecho, son la más importante fuente sostenida de voces morales, aparte de la voz interna." El hecho de considerar correctas tanto las voces externas como las internas, refleja un dilema genuino del tipo individuo versus comunidad.

Verdad versus lealtad

Chocan la integridad u honestidad con algún compromiso, responsabilidad o promesa. Verdad, como lo define el diccionario (53), significa la cualidad de estar en concordancia con los hechos, la experiencia o la realidad. Lealtad, significa una fiel adherencia a una persona, gobierno, causa, deber, etc. Como seres humanos, lo verdadero depende en gran parte de los que aceptamos como tal, y pueden incluir realidades de nuestro conocimiento, de la investigación empírica o de intuiciones, sentimientos y deducciones lógicas. En cambio, la lealtad no se basa en hechos sino en percepciones de fidelidad, que puede originarse de consideraciones monetarias, emocionales, políticas, intelectuales, etc. La lealtad implica el rechazo de alternativas que erosionarían una relación de fidelidad. Típicamente tiene un sentido de responsabilidad, dedicación y honor.

Al analizar los dilemas, es necesario recordar algunas cosas. Cuando pensamos en un dilema generalmente tratamos de diferenciar los que implican aspectos cuantitativos (de medición) y aquellos relacionados al carácter. Por ejemplo, los dilemas corto plazo vs largo plazo o individuo vs comunidad implican medición de tiempo o de espacio y escala, a diferencia de verdad vs lealtad o justicia vs compasión que son cualitativos. Importante es recordar que los dilemas tienen también actores, con lo cual la situación toma un matiz diferente.

El análisis de los dilemas a través de estos paradigmas no se realiza con el fin de resolverlos, sino más bien para que el conflicto esté claro a la hora de aplicar las reglas de resolución. Nos beneficia al ayudarnos a distinguir los dilemas tipo

bueno-versus-bueno de las tentaciones bueno-versus-malo. Si ninguno de los paradigmas encaja bien, podría ser que estemos ante una tentación moral. Por otro lado, no es necesario que un paradigma excluya a los demás en una situación.

B. Dilemas éticoclínicos más frecuentes

1. Denegación y retiro del soporte vital

La denegación, en el campo de la Pediatría, la mayor parte de veces se aplica a casos de recién nacidos con limitadas posibilidades de sobrevivir sin una morbilidad significativa, aunque también abarca a niños y adolescentes con distintas enfermedades. Aunque generalmente se refiere la discusión a los casos intratables de anomalías congénitas, también es controversial el ofrecer tratamiento y/o soporte vital a un niño prematuro que nace en el umbral de la viabilidad. Se cuestiona si no sería mejor que alguno de estos niños, con secuelas graves, no sobrevivieran y cuáles son los efectos del dolor y sufrimiento en estos pacientes y sus familias. En la práctica, la actuación más generalizada es que, una vez que un recién nacido llega a una unidad de cuidados intensivos, se le inicia un tratamiento agresivo.

En este sentido, la Academia Americana de Pediatría y el Grupo para los Derechos Humanos, en sus regulaciones hechas en 1985 (4), establecen que para tomar decisiones acerca del tratamiento de estos niños se debe usar un juicio médico razonable. Refiere que negar el tratamiento no sería una negligencia médica en los casos en que éste sólo prolonga la agonía, o es inútil en términos de supervivencia del recién nacido y por tanto inhumano. Con respecto a los niños de muy bajo peso al nacer, estas regulaciones tienen un lenguaje ambiguo. En la práctica, en la mayoría de los hospitales no se resucitan los niños de menos de 500 g y en ocasiones los de menos de 700 g, según sea su edad gestacional.

En cualquier caso, siempre hay que tener en cuenta que ni aún con las técnicas más sofisticadas, se puede predecir en los primeros días de vida, el desarrollo posterior de un recién nacido, lo cual hace más difícil cualquier decisión. La mayoría de las veces, el conflicto se resuelve entre los padres y el médico.

En cuanto al cese de la asistencia, está claro que la mayoría de los pacientes pediátricos no son competentes para tomar decisiones a ese respecto. Aunque tradicionalmente los padres han tomado este tipo de decisiones en nombre de sus hijos con escasa controversia, cada vez existen más dudas sobre los límites de tal autoridad, especialmente en referencia a recién nacidos minusválidos o gravemente enfermos. En casos históricos, como el que originó el término del dilema "Baby Doe" en 1982, a niños con síndrome de Down y alguna otra malformación con buen pronóstico de vida, a petición de los padres, se les dejó morir.

Posteriormente se promulgaron algunas leyes en los Estados Unidos, bajo el apartado de maltrato infantil, donde se prohibía denegar un tratamiento médicamente beneficioso sólo porque el niño fuera a sobrevivir con minusvalías, aunque fuesen graves. Indica que la principal razón para interrumpir la asistencia

vital a cualquier paciente es la probabilidad de que la continuidad de la existencia biológica no sirva a los intereses del paciente, precisamente porque quedaría tan incapacitado que el tratamiento resultaría más gravoso que los beneficios.

En los casos neonatales, principalmente con los niños de muy bajo peso, ha generado preocupación la incidencia de secuelas graves a largo plazo que la disminución en la mortalidad pueda originar. También desde el punto de vista económico, se cuestiona la costosa inversión en el cuidado del recién nacido, la cual es mayor según sea menor el peso del niño, y su relación con el beneficio.

Es oportuno aclarar algunos detalles con respecto a la definición de muerte, en este apartado. La mayoría de médicos está de acuerdo con la definición de muerte cuando hay un cese irreversible de toda actividad cerebral (incluyendo la del tronco del encéfalo). La forma de determinar dicha muerte, no obstante, está sujeta a los cambios de la tecnología y al conocimiento fisiológico y de la valoración del cerebro. En el caso de la pediatría, los criterios útiles para determinar muerte cerebral no pueden aplicarse con confianza y sin un riesgo significativo de error, a niños menores de 1 semana de edad en los nacidos a término (32).

En el caso de niños anencéfalos cuyos órganos es posible extraer, existe controversia en cuanto a confiar en la ausencia de corteza cerebral, o en la demostración de que el tejido cortical está muerto como criterio de muerte. Esto se basa en la aseveración de que las funciones que asociamos al ser persona residen en la corteza.

2. Denegación versus retiro del tratamiento

Es psicológicamente más difícil retirar un tratamiento que denegarlo, pero interrumpir un tratamiento está más aceptado no sólo por el beneficio para el paciente de un intento clínico, proporcionando más datos respecto al pronóstico que si se hubiera denegado, sino también por las expectativas razonables de beneficio terapéutico para el paciente que el médico puede desconocer o equivocar.

3. Eutanasia activa versus eutanasia pasiva

Paul R. McHugh, en un artículo llamado "Dying Made Easy" (Morir Hecho Fácil), relata la muerte de un paciente con esclerosis amiotrófica lateral. Thomas Youk, cuando experimentaba dificultad respiratoria y sensación de ahogo, fue "examinado" por el Dr. Jack Kevorkian, quien le hizo firmar un consentimiento para eutanasia. A los dos días, dicho galeno le administró cloruro de potasio para "aliviar su sufrimiento", grabando en video dicho acto, posteriormente mostrándolo a aproximadamente 60 millones de televidentes. Cuando se le preguntó acerca de las últimas palabras de Youk, el médico respondió no saber, puesto que jamás le había entendido una palabra. El autor argumenta que el Dr. Kevorkian, quien ha colaborado en la muerte de más de 130 personas, no tiene su mayor interés en aliviar el sufrimiento del individuo, sino en proclamar la eutanasia un "derecho americano fundamental--parte de la vida, libertad y persecución de la felicidad", como el mismo lo expresó. Thomas Youk fue un medio para ese fin (28).

Si se toma la decisión de que al paciente no le interesa seguir viviendo, debería carecer de importancia si muere por medios activos o pasivos. No obstante, existe un gran apoyo por dejar que el paciente muera debido a alguna enfermedad o defecto intrínseco. Se argumenta que la eutanasia activa puede minimizar el sufrimiento, pero su rapidez e irreversibilidad impiden la posibilidad de cambiar el desenlace si se descubre que la decisión no era correcta. Pero mayor preocupación causa, alentada por experiencias de Alemania y Holanda (con mayor práctica de eutanasia activa), la flexibilización de las barreras que impiden a los médicos matar, lo cual puede dañar a pacientes que no tengan un claro interés por morir.

4. *Detección Selectiva*

La detección selectiva es actualmente un componente habitual de la atención en salud a personas sanas y enfermas, por lo cual sus beneficios son muy aceptados pero sus riesgos rara vez se valoran. El principio ético central que debe justificar los programas de detección selectiva es no producir daño (biológico o psicosocial) si el beneficio no compensa ni existe una autorización con conocimiento de causa. Por lo tanto, para emitir juicios sobre la detección selectiva, deben considerarse como experimentales los programas nuevos hasta que se hayan demostrado sus riesgos y sus beneficios, así como, en los casos pediátricos, otorgar a los padres, ya informados, la oportunidad de consentir o rechazar la prueba.

5. *Diagnóstico Prenatal*

Como uno de los objetivos principales de la medicina preventiva, el diagnóstico prenatal se propone descubrir defectos o enfermedades congénitas en el feto, lo cual puede ocurrir en aproximadamente un 2% de los embarazos (32). En algunos casos es factible ofrecer un tratamiento temprano correctivo a estos fetos y salvar sus vidas, pero en otros, la terapéutica no es posible aunque sí la posibilidad de prepararse mejor para otorgar los cuidados oportunos al niño al momento del nacimiento. Antes de proceder a realizar cualquiera de las pruebas y técnicas para el diagnóstico prenatal, debe evaluarse a profundidad la relevancia y pertinencia de su aplicación en función del fin que se persigue.

Cuando se detecta una anomalía orgánica, compatible con la vida, ante las necesidades de tipo económico y asistencial, la mujer embarazada o sus familiares pueden subestimar la calidad de vida del futuro hijo y considerar el aborto, pensando en éste como un hecho menos traumático que el nacimiento. Algunas corrientes actuales hacen depender del diagnóstico prenatal la interrupción sistemática, voluntaria, del embarazo, con mira a evitar el "shock psicológico" que se produciría en los padres al momento del parto.

Desde el punto de vista ético el diagnóstico prenatal es aceptable y válido siempre y cuando respete la vida e integridad del embrión y del feto humano, y siempre que de su estudio vayan a derivarse beneficios curativos o para la conservación. El planteamiento ético hace valer el respeto a la vida humana aunque

tenga minusvalías, pues es mejor ser que no ser, y ese ser humano tiene ya dignidad y derecho a la existencia.

6. *Esterilización Anticonceptiva*

Esterilización se refiere a cualquier procedimiento que inhabilita la capacidad de reproducción de una persona. Aunque en el contexto médico se considera como permanente, y supone un acto directo sobre los órganos sexuales, también el término abarca la alteración o bloqueo de su función, a lo cual se le denomina anticoncepción. Quien sufre de una esterilización no sólo pierde algunas células, tejidos, un órgano o una función fisiológica, sino sobre todo una característica única y fundamental de su ser.

El gran cambio que introdujeron los anticonceptivos en la conducta sexual humana fue la de poder fácilmente separar el placer de la relación sexual, de la procreación. En su sentido benéfico, según Velez, estos permiten tener una relación sexual gratificante aunado a la capacidad de planificar la procreación. No obstante, también ha contribuido a una actitud irresponsable frente a la sexualidad que afecta mayormente a la mujer, dejando clara la manipulación de ésta como objeto sexual del varón.

Aunque la esterilización no pone en peligro la supervivencia de la persona o de la especie (ya que se suele haber tenido prole), y es indudable que el control de la natalidad ayuda en menor o mayor grado al desarrollo de la sociedad, no debe olvidarse que éste solamente se da mediante la promoción de los valores humanos. Además, puede producirse un desequilibrio en la demografía, al renunciar a la procreación por comodidad y hedonismo, algo ya patente en sociedades desarrolladas.

Se ha debatido en el campo político que las campañas para el control de la natalidad son una estrategia para la dominación de una clase social por otra. Indudablemente alguna campaña hecha con este sentido sería inmoral.

La administración durante varios días de dosis relativamente elevadas de estrógenos tras el coito, las llamadas "píldoras de la mañana siguiente", evitan el embarazo al prevenir la implantación del blastocisto en desarrollo, ya que alteran el equilibrio normal entre el estrógeno y la progesterona necesarios que preparan al endometrio para la implantación. Este tratamiento hormonal, que suele darse en casos especiales como violación, causa la muerte del blastocisto, en vez de prevenir su formación.

Varios tipos de dispositivos intrauterinos también previenen la implantación del blastocisto, posiblemente al inducir una respuesta inmunitaria, inflamatoria, en el endometrio, lo que inhibe la implantación.

**Objeciones éticas*

"El ser humano es el único animal que puede tomar agua sin tener sed, cohabitar sin estar en celo" (51). Esta frase ilustra la trascendencia del hombre sobre sus instintos y que la actividad sexual en el ser humano tiene también una dimensión

antropológica y espiritual, aunque en el acto sexual puedan estar desligados. El ser humano que regula muchas fuerzas naturales dentro y fuera de sí mismo, puede y debe hacer lo mismo con la procreación, usando su razón y no dejándola a los instintos biológicos.

Desde el punto de vista ético, es importante tener en cuenta que la esterilización no es el único medio para anular la capacidad procreativa de la persona. Otras formas de evitarla son la renuncia voluntaria al sexo y las relaciones sexuales exclusivamente en períodos infértiles de la mujer. Sin embargo, muchos no acuden a estos métodos por la prioridad de las relaciones sexuales en la vida matrimonial o por la falta de deseo y voluntad para cumplirlos.

Para quienes afirman que el producto de la concepción desde la fecundación es un ser humano, no es aceptable ningún método que destruya al embrión en cualquiera de sus estadios. En cambio, para los que consideran que los anticonceptivos tanto hormonales como mecánicos actúan en los primeros días de la fecundación, y por ende no destruyen un ser humano, el uso de los mismos resulta ético.

A nadie se le pide permiso ni para nacer ni para morir, y ningún hombre puede evitar recibir la vida o perderla. A través de la unión conyugal, el hombre recibe su existencia humana, en un contexto de máxima conveniencia para la dignidad de su ser. No ha sido elegido entre otros (como en el caso de la fertilización in vitro) sino que simplemente alcanza la existencia como un acto de amor; es querido en sí mismo y por sí mismo. Entra en la relación de los padres como otra persona. Por el contrario, la concepción "accidental" bajo el uso de algún método es vista como fracaso, generando un ambiente indigno para la nueva persona existente.

Cuando se desean evitar los hijos, la esterilización es un fin en sí misma. Tiene carácter de medio cuando pretende prevenir posibles complicaciones peligrosas para la salud, que pueden derivar de un eventual embarazo (e.j. mujer con cardiopatía). Las razones para optar por la esterilización pueden estar sujetas a un plan público de la natalidad, a la necesidad de evitar un nuevo embarazo por motivos médicos o eugenésicos, para limitar la familia, o para hacer uso del sexo evitando la responsabilidad que supone un hijo. Una motivación recta puede excusar el daño producido, pero no basta para convertirlo en lícito o éticamente indiferente.

Todos los métodos anticonceptivos no naturales tienen efectos secundarios. Cuando una persona decide recurrir a uno de estos métodos debe escoger el menor de dos males. Desde una ética natural, son lícitos los métodos que no violen la autonomía de la persona humana, respeten sus derechos y no le hagan daño. Dependiendo de cuándo se crea que el producto de la concepción es sujeto de derechos y deberes como persona humana, se entenderá la licitud o ilicitud de los métodos químicos o mecánicos que podrían destruir al embrión o feto.

Hay situaciones en las que el acto sexual fuera o dentro del matrimonio entrañan violencia y no ha existido o se ha roto la esencial conexión entre el amor y la procreación; en esta situación, cuando de alguna forma no es posible desligarse

de ella en el momento (ej. un esposo psicológicamente perturbado), podría ser lícito recurrir a una esterilización temporal si no existe un embarazo.

La esterilización de una persona inferiorizada (con trastornos físicos o psicológicos), debe hacerse sólo con la autorización del tutor o juez. El problema en este caso es la necesidad de evitar un embarazo por la incapacidad de dicha persona para criar un hijo, y ocasionalmente por la sexualidad instintiva y genital que ella tenga, aunado a la frecuencia con que son víctimas de violaciones y atropellos.

También debe mencionarse la esterilización terapéutica, que produce infertilidad como consecuencia involuntaria de una terapia antihormonal. Para que esta sea lícita (11), debe tratarse de una intervención necesaria que muestre similar eficacia curativa o paliativa y con menos consecuencias mutilantes. Además, la intervención debe dirigirse contra una amenaza seria e inminente o un daño para la persona; aparte, debe contar con el consentimiento informado y un pronóstico razonable.

Por último, es importante mencionar el punto de vista de la religión católica, no sólo para conocimiento del médico de dicha religión, sino para brindar la atención adecuada a las pacientes fieles a la misma. En el caso de la esterilización, la Iglesia se opone por ir contra la integridad de la persona, ya que ningún ser humano es dueño de su cuerpo, y afirma que el matrimonio, aunque primariamente tiene un fin unitivo, está ordenado a la procreación. Los criterios para regular ésta deben ser personales, humanos, y la norma decisiva es la propia conciencia. Considera que todo acto sexual, al menos en sentido formal, debe tener apertura a la procreación.

7. Aborto

El aborto se define como la terminación del embarazo por cualquier motivo antes de que el feto esté lo suficientemente desarrollado para sobrevivir. Se han realizado distintas clasificaciones del aborto (10, 46).

El aborto provocado o inducido

Como forma de control de la natalidad, cada año entre 40 y 60 millones de mujeres recurre a éste para la terminación de un embarazo no deseado (38). Históricamente, es sin duda el recurso intermedio entre el filicidio y la anticoncepción, formas todas de regular la descendencia cuando ella se vive como un inconveniente, obstáculo o riesgo para la mujer o el núcleo familiar. (10)

El *aborto por razones sociales* es otra de las categorías, en las cuales se interrumpe el embarazo por ser no deseado, por multiparidad, soltería, situación familiar, causas económicas, falta de vivienda, imposibilidad de ocuparse del hijo, falta de apoyo del padre o de la familia, etc. Corresponde a la mayoría de los abortos provocados.

Aborto por indicación médica

Corresponde al médico la responsabilidad en la indicación del aborto, por haber planteado las dificultades o riesgos inherentes a la continuación del embarazo. Este conjunto de circunstancias comprende:

--Aborto para proteger la vida o salud de la madre; incluye el aborto terapéutico y el profiláctico.

--Aborto para evitar el desarrollo de un ser defectuoso-- Aborto eugenésico

El *aborto terapéutico* es el que se realiza con el fin de recuperar la salud o salvar la vida materna amenazada por la gestación. Es *directo* cuando la patología de la madre es causada o agrandada por el embarazo y la solución es dar terminación a éste (e.j. eclampsia severa). El *indirecto* es cuando la enfermedad de la madre no es producida por el embarazo, como un cáncer cervical.

La necesidad del aborto directo es cada día menor por la opción de la pareja de evitar el embarazo si ésta implica riesgos severos para la mujer.

En este caso, la Iglesia católica sólo acepta el aborto indirecto, basándose en que el fin no justifica los medios. En el tipo indirecto el medio para salvar la vida puede implicar la muerte del hijo, pero en el directo se procura dicha muerte, lo cual es malo en sí.

Respecto al *aborto eutanásico*, es el que se hace con el fin de dar muerte a fetos que presentan problemas de salud, evitándoles el sufrimiento.

También existe el *aborto por razones "éticas" o sentimentales* (10), en el cual el embarazo fue producto de un acto no consentido por la mujer, como en el caso de violación. Un criterio moral defendido por Jiménez de Asúa, jerarquiza valores de la embarazada, la familia y la sociedad sobre el valor representado por el embrión en evolución. El código legal argentino, por ejemplo, admite que el inocente embrión es indeseable y se legaliza su destrucción si es consecuencia de una violación.

1. Inicio de la existencia del ser humano

¿En qué momento un ser humano debe empezar a ser respetado como persona?

Todo ser que tiene una estructura corporal propia del hombre, pertenece al género y por ende es humano. Este, para ser persona, debe tener la capacidad de obrar como tal.

Es distinto el ser humano al ser persona. Cuando dormimos, por ejemplo, no se ejercen las funciones de persona, pero sí se continúa siendo un ser humano. Es imposible pensar que sólo debemos respeto al ser humano cuando éste actúa como persona. Es decir, su estado de dignidad y autonomía no se invalida por el hecho de que no puede ejercer las actividades propias de persona humana o hacerlo transitoriamente (e.j. embrión, feto, paciente anestesiado, deficiente mental).

El ser humano es autónomo e inviolable aunque no tenga plena conciencia, no pueda realizar sus funciones como persona, ni posea un desarrollo pleno de su cuerpo por estar en etapas de formación. Además, debemos recordar que nuestro

cuerpo no es el mismo toda la vida; cambia constantemente renovando sus células. Sin embargo, sí poseemos un organismo o corporeidad toda la vida.

Cabría replantear entonces así: ¿En qué momento se inicia la corporeidad del ser humano? Aunque nadie niega que el embrión cuenta ya con una programación genética de la especie humana, surge controversia en situar la respuesta entre los estados pre-embriionario y embriionario. No obstante, la genética constata que al completarse la primera división del cigoto, las células son totipotentes, es decir, tienen todo el potencial para desarrollar el cuerpo de un ser humano.

Desde el punto de vista embriológico es necesario recordar aquí algunos conceptos. En primer lugar, según lo describe Langman (25), el desarrollo humano principia con la fecundación. El proceso de la fecundación puede resumirse así:

1-El espermatozoide pasa a través de la corona radiada del óvulo, mediante las enzimas liberadas por el acrosoma del mismo, y continúa a través de la zona pelúcida, hasta que su cabeza entra en contacto con la superficie del óvulo.

2-El óvulo reacciona de dos formas al contacto del espermatozoide: a) modificando la zona pelúcida y la membrana plasmática del mismo para prevenir el ingreso de otros espermatozoides, y b) el oocito secundario completa su segunda división meiótica y expulsa el segundo cuerpo polar. El óvulo, ahora maduro, recibe el nombre de pronúcleo femenino.

3-El espermatozoide entra al citoplasma del óvulo donde se agranda su cabeza para formar el pronúcleo masculino, a medida que la cola se degenera.

4-Se fusionan ambos pronúcleos y los cromosomas maternos y paternos se entremezclan. "La nueva célula diploide recibe el nombre de cigoto y es el primordio de un ser humano."

Conforme desciende el cigoto por la trompa de Falopio, sufre una rápida serie de divisiones celulares en su zona pelúcida. La división mitótica del cigoto en dos células hijas, o blastómeros, comienza poco después de la fecundación. Alrededor del tercer día, la mórula (grupo de aproximadamente 16 blastómeros), entra en el útero. Hacia el sexto día el blastocisto (embrión temprano) se adhiere al epitelio endometrial, encontrándose totalmente incrustado hacia los 10 días de la fecundación. Hacia el día 13 de la concepción, el epitelio endometrial cubre el blastocisto y produce una diminuta elevación sobre la superficie endometrial.

Durante las siguientes semanas se desarrollan los órganos, sistemas y estructuras características del ser humano. El sistema cardiovascular es el primero en funcionar; la sangre comienza a circular al final de la tercera semana, cuando el corazón primitivo comienza a latir. Al llegar la octava semana "el embrión tiene ya características humanas incuestionables" (25). Posteriormente (novena semana), inicia el período fetal, en el cual se perfeccionan y crecen en tamaño las estructuras, órganos y sistemas ya establecidos.

Aspectos éticos

Si el aborto trata de destruir la vida de una persona humana, nunca es ético practicarlo. Desde el Juramento Hipocrático se lee "Igualmente no daré a ninguna mujer abortivo" (49, 51. Ver Anexos). En la declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial se establece que el médico prometa "Velar con sumo interés y respeto por la vida humana, desde el momento de la concepción" (51).

2. A favor y en contra del aborto

Quiénes argumentan en favor del aborto presentan varias razones. En primer lugar, y en forma controversial, hay quienes alegan que el aborto es asunto de conciencia y que el Estado no puede legislar, mientras que otros piensan que el Estado debe decidir sobre la eticidad del mismo. Aquí cabe explicar que el derecho a la vida es un derecho no otorgado por el Estado, ni depende de él; por el contrario, el Estado debe velar por la vida de los ciudadanos. Por otro lado, al tratarse del derecho a la vida, no prevalece la libertad de opinión de otro ni está sujeto a ésta.

También se establece, con tendencia feminista, que la mujer es dueña de su cuerpo y por ello tiene derecho a decidir sobre el aborto. Debemos recordar que los derechos de una madre terminan donde empiezan los derechos de la otra persona. Ella tiene autoridad sobre su cuerpo, pero no sobre el del hijo. En el caso de que el embarazo a veces es perjudicial para la salud o la honra de la madre, o cuando el hijo no es deseado (ej. violación), el inclinarse al aborto sería anteponer los bienes de una persona al derecho de la vida de otra. Una vez que el producto de la concepción es un ser humano, sus derechos son iguales a los de la madre.

Algunos argumentan que el aborto debe permitirse porque se producen daños a la sociedad como lo son hijos no deseados, mayor morbimortalidad por la realización de abortos clandestinos, etc. No obstante, la resolución de los problemas sociales o de salud pública no pueden solucionarse quitándole la vida a seres humanos. Este sería un peor mal que el primero.

Para quienes consideran que el aborto es cuestión que debe dejarse en manos de la medicina, sólo es importante recalcar que el respeto a la vida no es exclusivo de este campo. En cuanto a aquellos que alegan que el aborto debe permitirse porque es un hecho que ocurre con frecuencia, se puede presentar la aclaración de que un homicidio, aunque se realice con frecuencia, no se justifica.

En el campo religioso las posiciones sobre el aborto divergen. Los judíos consideran que éste es criminal después de 40 días de la concepción, mientras que para el islamismo lo es después de 120 días (51). El budismo y el sintoísmo no establecen prohibiciones, al contrario del catolicismo que se opone totalmente, y no acepta el aborto por causas sociales como indigencia, incesto, violación, ya que la vida prevalece sobre los valores que aquí entran en juego. Tampoco lo permite para evitar el dolor de la madre o el hijo.

8. Asistencia Sanitaria en la Adolescencia

Básicamente los problemas éticos surgen en torno a intereses de salud pública y respeto a la autoridad de los padres del adolescente. En Estados Unidos se discute, por ejemplo, el ofrecer servicios de orientación sexual y reproductiva a los cuales puedan acudir los adolescentes sin autorización de los padres, obviando la responsabilidad y la autoridad de los mismos en la educación y orientación sexual de los hijos. Además, existe el argumento de que si el gobierno ofrece servicios de aborto y anticoncepción, se está estimulando la actividad sexual entre adolescentes. Así también ha ocurrido con la intención de distribuir agujas estériles para quienes utilizan drogas intravenosas, para reducir el contagio de enfermedades infecciosas; puede parecer que se aprueba el uso de ellas, media vez se haga en forma segura.

9. Conflictos Materno-Fetales

Este tipo de conflictos se presentan cuando, por ejemplo, una mujer rechaza un tratamiento habitual y eficaz, esencial para el bienestar del feto o recién nacido que tiene un alto riesgo de muerte o incapacidad grave. En general, los tribunales de los Estados Unidos, han decidido que se puede obligar a una mujer a someterse a un procedimiento que supone un claro beneficio para el niño.

Parte de estos conflictos materno-fetales incluirían el problema ético de informar o no sobre las madres que consumen alcohol o drogas ilegales, por ejemplo, como casos de maltrato infantil.

10. Asignación de los Limitados Recursos Sanitarios (Justicia Distributiva)

Enfocándonos en el aspecto de administración de los servicios de salud, muchos argumentan que el actual sistema de distribución de recursos es injusto, puesto que está elegido y mantenido por aquellos que ya disponen de buenos servicios, es decir, por los que se encuentran en estratos económicos y sociales superiores. La distribución de los recursos escasos ha sido llamada en ocasiones "racionamiento", e incluye la distribución tanto basada en las fuerzas del mercado como aquella más planeada según criterios y prioridades.

Conviene aquí discutir la asignación de recursos para el paciente en etapa terminal. En primer lugar, es necesario definir que un paciente en la etapa terminal es aquel para quien existen señales que anticipan que su vida ha terminado, aunque, por el momento, sus sistemas orgánicos parezcan normales. También se considera como aquel cuya condición es irreversible independientemente de que reciba o no tratamiento, y que muy probablemente morirá en un período de 3 a 6 meses (26).

Un concepto que resulta básico para tomar decisiones relacionadas con la aplicación de recursos ante el paciente terminal, es lo que se designa en inglés como "futilidad médica". Una acción fútil es aquella que no puede alcanzar sus objetivos, no importa qué tanto se intente. La probabilidad de falla se puede predecir desde la naturaleza de la acción, pero también puede hacerse evidente sólo después de muchos intentos fallidos. El término no se refiere a las acciones imposibles, a las

evidentemente inútiles, o a las tan complejas que son improbables. Debe también distinguirse de la desesperanza, puesto que cabe la posibilidad de aceptar la futilidad de una acción, pero continuar con la esperanza. Es importante también destacar que la noción de futilidad no se basa en la escasez de recursos, sino que se trata de un atributo de la acción misma. No resulta conveniente utilizar recursos en acciones fútiles, y no es éticamente válido derivar hacia ellas los recursos escasos que se escatiman a las acciones útiles destinadas a otros pacientes.

Otra forma de racionar ha incluido los criterios económicos o de prioridad en la demanda; aunque éticamente son cuestionables, suelen ser los más utilizados. El que tiene con qué pagarlos o el que los solicita primero es el que tiene acceso a los recursos. Se ha propuesto una asignación al azar, más como una forma de eludir la decisión que como una alternativa éticamente válida.

Las sociedades hoy en día, orientadas hacia la productividad, suelen aplicar criterios de quién resulta más rentable, para la decisión de asignar recursos. Esta perspectiva considera que lo que hace, es un acto éticamente correcto puesto que va originar el mayor bien al mayor número de personas. Un principio similar se ha utilizado en la discusión del dilema clásico sobre elegir entre la vida de la madre o la del niño que lleva en su vientre.

V. Resolución de los dilemas éticos

El médico debe estar consciente de sus propios valores y comprender sus bases para decidir y actuar. Los valores de la profesión médica y de las instituciones en las que practica el galeno, formulados por códigos y normas, pero expresados también de manera indirecta por acciones pasadas, suelen ser útiles para ofrecer un marco de referencia para la toma de decisiones. Además, familiarizarse con las teorías éticas permitiría la toma de decisión que logre un consenso aceptable frente a valores en conflicto.

Marañón, en su libro "Vocación y Ética" escrito en 1935 (27) recuerda: "La conducta la inspira cada caso y la resuelve, si el profesional es digno de serlo, su propia conciencia y nada más." Agrega en otro comentario de su obra: "Para resolver muchos de los casos...es precisa una profunda información científica; y otras veces, la conciencia, que no siempre se aquieta con la ciencia, requiere apoyos de orden espiritual." Algo similar nos dice Rushworth en su libro "Cómo las Personas Buenas Toman Decisiones Difíciles", al explicar que el proceso de resolución inicia con reunir la información relevante, buscar luego alternativas que indiquen una salida al problema, y que, si no modifica ello una cruda situación, la mente trasciende el dilema en busca de un principio moral que pueda guiar a la resolución del mismo. Expone entonces tres principios para la resolución de dilemas basados en distintas tendencias de pensamiento:

1. "Haz aquello que convenga al mayor número posible de personas" (*pensamiento utilitario*)

El utilitarismo gira en torno a los resultados de una acción, no a sus motivaciones o a la norma que lo inspira. Se puede encontrar el *utilitarismo de acto*, que busca la acción que maximice lo bueno, y el *utilitarismo de normas* que pide seguir la norma que conlleve el mayor beneficio.

2. "Sigue tus principios más elevados" (*pensamiento categórico*)

Al contrario del pensamiento utilitario, el de tipo categórico no se fija en los resultados sino en los fundamentos de la acción, según nuestra conciencia interna, nuestras obligaciones, que señalan un precepto factible de ser universalizado. Para reconocer este tipo de pensamiento, la persona misma se puede preguntar si, en determinado problema, la norma que le lleva a tal acción es la que le gustaría que tomaran todos los demás en situaciones similares. En este enfoque, no obstante, el punto débil radica en las situaciones en que se contraponen dos máximas conflictivas, como "cumple tus promesas" vs "impide un daño" (rompiendo esa promesa).

3. "Haz lo que quisieras que los demás hagan contigo" (*pensamiento solidario*)

Este principio es considerado como la Regla de Oro, nombre cuyo apelativo se deriva de la "máxima dorada" de Confucio: "No hacer a los demás lo que no deseamos que ellos nos hagan a nosotros." Esta norma se asimila como una de las leyes más importantes en las religiones más practicadas en el mundo: el cristianismo, el Islam, el hinduismo, budismo, taoísmo, etc.

Esta regla obliga a cada quien a imaginarse como objeto de la acción a realizar, y observar sus propios sentimientos al respecto. De tal manera que no sólo fija límites para nuestras acciones, sino que nos estimula a promover los intereses de los demás. Aunque la regla resulte muy simple para ser un principio moral supremo (lo cual constituye el principal argumento de sus críticos como Kant), debemos recordar que las reglas morales no se basan en situaciones particulares.

Hay quienes criticarían estas tres pautas sugeridas, empeñados en resaltar el interés personal o hacer cualquier cosa si le hace sentir bien. Para otros, no existe pauta alguna, y la ética es totalmente relativa y circunstancial. No obstante, estos principios son ya familiares para la mayoría, y probablemente los aplican en la resolución de sus problemas éticos, quizá no siempre tomando en cuenta todos los principios, sino más bien dirigiéndose por la afinidad mayor con alguno de ellos.

A veces, al apartarnos lo suficiente de un problema que nos presenta únicamente dos alternativas de resolución, es posible que encontremos un camino intermedio, que implica sacrificio de algunos aspectos de una y otra alternativa propuestas, y supone entonces un *trilema*. Sin embargo, la mayoría de las veces debemos elegir entre dos opciones radicales y exclusivas.

Para la toma de decisiones éticas, de nuevo Rushworth expone nueve elementos o pasos:

1. *Reconocer que existe un problema moral.*

Nos lleva a identificar problemas genuinamente morales que ameriten atención, adquiriendo en la observación un término medio que elimine la escrupulosidad extrema y la insuficiente diligencia.

2. *Determinar el actor.*

Averiguar a quién pertenece el problema moral, no para asegurarme de no estar involucrado, puesto que en el campo de la ética a todos nos competen sus problemas, sino para determinar si soy responsable, si en vista de los problemas planteados estoy en capacidad y obligación de responder a ellos.

3. *Recabar la información relevante.*

Debemos indagar cómo ocurrieron los eventos, qué fue lo que sucedió, cada cosa que se dijeron unos a otros, quién podría haber suprimido información, quién fue ignorante pero culpable o inocentemente indiferente, etc. El panorama de los detalles nos posibilita anticipar el futuro hasta donde sea posible.

4. *Distinguir problemas del tipo bueno-versus-malo.*

El autor (47) convoca a algunas pruebas para el efecto:

—La prueba *legal*: Si se ha violado alguna ley. En caso afirmativo es una cuestión legal, no moral.

—La prueba *del mal olor*: Cuando nuestra intuición señala que “algo huele mal” en una situación, aunque no sepamos qué es. Para muchos resulta una prueba muy efectiva. Por interesarse en los principios y no en las consecuencias, resulta ser una prueba con tendencia al pensamiento categórico.

—La prueba *de los titulares*: Requiere imaginarse una reacción, si la acción que se piensa tomar fuese publicada en los periódicos de la mañana siguiente. Si la consecuencia provoca incomodidad, es mejor no efectuar la acción. Tiene tendencia utilitarista.

—La prueba *de Mamá*: Ante una acción a realizar hay que ponerse en los zapatos de la madre (o cualquier personaje que constituya un modelo moral), y preguntarse si ella la llevaría a cabo. La incomodidad para realizarla es un indicador de que podría haber algo incorrecto. Requiere de un razonamiento tipo solidario.

El no pasar estas pruebas indica un problema del tipo bueno-versus-malo.

5. *Buscar paradigmas del tipo bueno-versus-bueno.*

Se analiza la situación a la luz de los cuatro paradigmas descritos, confirmando la existencia de un dilema genuino.

6. *Aplicar los principios de resolución.*

En el contexto del problema, debemos encontrar el razonamiento más relevante: utilitarista, categórico o solidario.

7. *Investigar la existencia de “trilemas”.*

No necesariamente se evalúa la posibilidad de una tercera salida al problema hasta este momento, sino que se puede realizar en cualquier parte del proceso.

8. *Tomar la decisión.*

A menudo por la confusión o fatiga del proceso, la toma de la decisión se pasa por alto. Es un acto que requiere valentía moral.

9. *Revisar y reflexionar sobre la decisión.*

Cerca de la conclusión del caso, conviene una retro-alimentación para afinar la destreza y adquirir nuevos ejemplos y referencias para la discusión moral.

VI. Comités de ética hospitalaria

Sólo surgen dilemas cuando hay obligaciones, derechos o reclamaciones conflictivos. Puesto que proporcionar cuidados de la salud supone múltiples participantes, con frecuencia debe buscarse un consenso de valores cuando un equipo cuida de un paciente, aún cuando haya un pluralismo importante de puntos de vista. Para reducir los conflictos éticos potenciales de dificultad y lograr consistencia en la conducta, las personas pueden valerse de diversos recursos para tomar decisiones éticas. Además de una mayor información en este campo, muchos hospitales tienen servicios de consulta formal para la resolución de dilemas éticos.

Un Comité de Ética Hospitalaria es un grupo interdisciplinario que se ocupa de las consultas, consejo y docencia respecto a dilemas éticos que acontecen en la práctica de la atención médica hospitalaria. Sus funciones son de índole consultiva, educativa, normativa y, cuando así se decide, de asesoría en trabajos de investigación. Generalmente se conforma de 6 a 10 miembros con carácter permanente e invitados ad-hoc. Por su carácter multidisciplinario abarca médicos, otros profesionales de la salud, abogados, ministros religiosos, personal administrativo y representantes de la comunidad (6,34).

Para determinar si una decisión es moralmente aceptable, existe una técnica llamada “Teoría del Observador Ideal” (32), en la cual la decisión se somete a la aprobación de un observador ético ideal que reúne cinco características:

1-*Omnisciencia*: considera todos los hechos disponibles y relevantes

Criterios de Inclusión:

*Personas de sexo masculino o femenino que laboran como residentes de los años I, II, III y IV en el área de Gineco-Obstetricia (incluyendo los que rotan actualmente por la Zona 6) o Pediatría (que rotan actualmente por Neonatología), así como los médicos residentes de Neonatología; jefes de servicio de dichos departamentos; médicos especialistas I y II; y médicos de consultorio de las jornadas matutina y vespertina, que laboran en el Hospital de Gineco Obstetricia del IGSS.

* Consentimiento verbal a participar en el cuestionario y/o la entrevista, y a responder con veracidad las preguntas a realizar.

* Disponibilidad de tiempo para responder el cuestionario y/o entrevista

Criterios de Exclusión:

* Renuencia a participar en la entrevista o cuestionario, o a responder con veracidad las preguntas.

* No devolución del cuestionario respondido

Variables del estudio:

Este estudio constó de dos secciones: una basada en metodología cuantitativa y otra basada en metodología cualitativa. En esta segunda, por su naturaleza, no se realizó definición de variables.

Primera Parte

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional
Posición Laboral	Es el rango bajo el cual labora el médico en el Hospital de Gineco - Obstetricia del IGSS.	Puede ser: Jefe de Servicio, Médicos Especialistas I o II, Médicos de Consultorio de la jornada matutina o vespertina, Residentes (incluyendo supernumerarios), Neonatólogos, Residentes de Pediatría, Residentes de Neonatología.
Sexo	Diferencia física y constitutiva del hombre y de la mujer	Masculino o Femenino

Segunda Parte

Algunos conceptos importantes para el análisis del estudio fueron los siguientes:

Concepción del inicio de la existencia del ser humano--

Es el momento desde el cual se considera que el producto de la concepción es un ser humano existente.

Casos ético-clínicos --

En todos los caso médicos existe un componente ineludible de ética en la relación, los procedimientos, las acciones y las decisiones. En este estudio, nos referimos a casos ético-clínicos respecto a aquellos casos en que implican decisiones y acciones tomadas en una circunstancia percibida como de mayor dificultad a nivel moral y ético.

Fundamentos Bioéticos --

Autonomía

Es el derecho que cada persona tiene para decidir sobre su propia vida, su cuerpo y sus actos, y la responsabilidad que asume ante sí y ante otros del destino que le dé a su existencia.

Justicia

El principio de *justicia* establece que todos los seres humanos tienen iguales derechos para alcanzar lo necesario para su desarrollo pleno.

Beneficencia y No- maleficencia

Llamado por algunos autores como *benevolencia*, indica la obligación moral de todo ser humano de hacer bien a los otros, y por ende, no hacer un daño intencional a otro, a excepción de la circunstancia de defensa propia.

Dignidad y sentido de la vida

Se refiere a dignidad de la persona humana el valor, mérito, honor que ésta comporta en sí misma. En el campo de la bioética, ésta ha sido establecida como fundamento de cualquier relación y entendimiento.

El sentido de la vida manifiesta la dignidad humana, es decir, la vida gira en torno al sentido descubierto y así se dignifica. El sentido de la vida está estrechamente relacionado con el fin último del hombre, y por ende, con el principio de cada vida humana.

Identidad

Se fundamenta en la propia naturaleza humana y sostiene al hombre como un fin. Por el pensamiento el hombre se autoconoce y autoposee, y es capaz de manifestar a sí mismo el ser que constituye.

Autoconciencia

La conciencia que de sí mismo, de sus valores y acciones, tiene el hombre.

Respeto

Estima hacia una persona o cualidad. Implica tratar con consideración, veneración, reverencia., y no reducir ni limitar un ser por lo que es.

Valor del cuerpo humano

El cuerpo humano es un elemento esencial de la persona humana digna. La vida corporal es la misma vida humana, de la que se desprenden los demás derechos del hombre.

Defensa de la vida física

En el ámbito de la defensa y promoción de la vida, está considerada la defensa de la salud. La salud es una cualidad del que vive, por lo que la vida prevalece sobre la salud.

Principio de libertad y responsabilidad:

Libertad implica que la persona pueda, en un momento íntimo, tomar decisiones insustituibles e intransferibles sobre sí misma y su desarrollo (51), no para *hacer* una u otra cosa, sino para *ser* alguien que se ha propuesto. Es poder hacer lo que se debe hacer.

Cuando el ser humano actúa como persona, con toda su personalidad, capacidad de autoconocerse y autodeterminarse, se ejercita la **responsabilidad moral**. Se basa en la autonomía y libertad de la persona.

Este principio sanciona la obligación moral que el paciente tiene de colaborar en los cuidados ordinarios y necesarios para conservar la vida y la salud propia y ajena (48).

También en esta definición es conveniente incluir la libertad de ejercer la *objección de conciencia*, en la cual se tiene derecho a desobedecer una ley u orden cuando ésta se opone a nuestra conciencia.

El principio terapéutico o de la totalidad

Este se basa en que el cuerpo humano es una unidad compuesta por partes distintas, y la licitud de sacrificar o mutilar una de estas partes cuando el fin sea el de salvaguardar la vida. Es más relevante su aplicación cuando hay acciones que implican daños importantes, como la esterilización terapéutica, el extirpar un tumor, etc. Bajo este principio el bien del cuerpo debe entenderse aunado al bien espiritual

y moral de la persona, y por ende incluye la norma de la "proporcionalidad terapéutica" (48), en la que se sopesan los riesgos y beneficios que aporta una acción para la persona dentro de dicho contexto.

Principio de sociabilidad y subsidiariedad

El principio de sociabilidad establece que cada persona está comprometida a su propia realización y a participar en la de los demás, siendo pertinente resaltar aquí el aspecto de la vida y de la salud.

Dilemas éticos--

Son situaciones en las que es necesaria la toma de decisiones entre dos opciones que representan valores centrales para el médico.

Medios de resolución de dilemas--

Trata sobre las formas que utiliza una persona, en este caso el médico, para solventar sus dilemas éticos y tomar una decisión. Puede incluir la reflexión propia o grupal, el aconsejarse con otra persona con mayor experiencia o claridad en el área, búsqueda de orientación en algún libro, etc.

Comité de ética hospitalario--

"Es un grupo interdisciplinario que se ocupa de las consultas, estudio, consejo y docencia frente a los dilemas éticos que surgen en la práctica de la atención médica hospitalaria" (37).

Instrumentos de recolección de datos y medición de los datos

Se diseñó un cuestionario que incluyó preguntas dirigidas a conocer la concepción del inicio de la existencia del ser humano, desde el punto de vista de ambas especialidades médicas; y preguntas formuladas como casos clínicos, específicas ya sea para Gineco-Obstetricia o Neonatología. Su objetivo era evaluar las prioridades en cuanto a distintos fundamentos bioéticos, así como de la tendencia de pensamiento y de referencia a paradigmas de cada médico en la resolución de casos ético-clínicos. Además se efectuó en forma común una pregunta para conocer la opinión acerca de la necesidad de crear un comité de ética hospitalaria.

En el cuestionario dirigido al departamento de Gineco-Obstetricia (V. Anexo # 1), los objetivos de cada pregunta en forma de casos clínicos eran los siguientes:

1. Inicio de la existencia del ser humano

Se enfocó a determinar el momento biológico en el que los médicos estudiados consideran que el producto de la concepción ya se puede considerar un ser humano, es decir, aquel ser que tiene los derechos inherentes a su condición.

2. En esta pregunta se evaluaron las prioridades en cuanto a la defensa de la vida física y el bienestar de la joven (social y psicológico), la tendencia de pensamiento (ej. utilitarista- mayor bien al mayor número de personas; categórico-no matarás vs. no causar daño, respetar a los demás; solidario-qué desearía para mí en el caso de esta persona).

3. En esta pregunta se contraponen el respeto a la autonomía y la defensa de la vida física, tanto del feto como de la mujer que presenta problemas en su embarazo. Contribuyó a conocer las prioridades en este caso, así como la tendencia de pensamiento y referencia a paradigmas.

4. En este caso se evaluó la percepción que sobre los límites del secreto profesional tiene el médico, cuando se contraponen el respeto al deseo de la paciente de que no se conozca su enfermedad, y cuando existe la probabilidad de evitar un posible daño a un cónyuge sano o de iniciarle un tratamiento temprano que le puede prolongar la vida.

5. Aquí se expuso el caso de un posible aborto eugenésico; de las respuestas, se procuró interpretar si prevalece el respeto a la vida, la compasión por la situación de la madre, o si se buscó una media ambigua que postergara la toma de una decisión.

En cuanto al cuestionario dirigido al servicio de Neonatología (V. Anexo #2), dentro del departamento de Pediatría, las preguntas relacionadas a casos ético clínicos tenían los siguientes objetivos:

1. Idem a la primera pregunta del cuestionario dirigido a los gineco-obstetras.
2. En este caso se evaluó si prevalece el respeto a las creencias religiosas de los padres o la defensa de la vida física, a la vez explorando las posibilidades de tratamientos que se ofrecen bajo el concepto de proporcionalidad y futilidad. Se discute la contradicción autonomía- beneficencia y el derecho de los padres a la toma de la decisión.
 - a. Privilegia de manera absoluta el principio de beneficencia ante el de autonomía
 - b, c, e. Respeta "autonomía" de los padres, aunque peligró vida del hijo.
 - d. Actúa privilegiando su criterio
3. La pregunta trata de conocer si el médico en este caso prioriza la autonomía de los padres para decidir sobre su hijo, o la defensa de la vida física del mismo. También propone opciones que pueden considerarse fútiles. Las opciones a y d discuten el derecho de los padres a la toma de la decisión. También se contraponen el ontologismo y el consecuencialismo. Se buscan los límites para la responsabilidad por omisión o su justificación.

4. Es un caso para evaluar la justicia distributiva en los recursos contra la compasión y el respeto de la vida. Toma en cuenta las consecuencias en la decisión del médico.

5. En este caso se pretendió evaluar la posibilidad de denegación vs. retiro del tratamiento, que incluye la reflexión sobre futilidad del mismo, y la posibilidad del ensañamiento terapéutico. También se evaluó el consecuencialismo en la decisión del médico.

6. La pregunta expuso distintas opciones bajo las cuales el médico podía terminar el tratamiento ofrecido al niño de la pregunta anterior. Con ellos se evaluaron los límites de tratamiento y utilización de recursos que consideraron oportunos para este caso los médicos estudiados. Se exploraron los conceptos de proporcionalidad y futilidad.

También se estructuró una entrevista breve, conformada por tres preguntas, tomando en consideración el poco tiempo disponible de los médicos sujetos de estudio. Esta se llevó a cabo en forma dirigida, personal (sin intermediario o colaborador), y se grabó para facilitar el análisis. A través de la entrevista se buscó la profundización de ciertos aspectos abarcados en el cuestionario, y la complementación del mismo con una disertación abierta a partir de los médicos acerca de los dilemas éticos sentidos en la práctica de su especialidad y los medios que ha utilizado para orientarse en la resolución de dichos dilemas.

Tanto en el cuestionario como en la entrevista se guardó en anonimato la identidad del sujeto de estudio participante.

Ejecución de la Investigación

En la primera parte del estudio, se aplicó el cuestionario a la población asistente a las reuniones de los días lunes y miércoles en los que participa todo el personal médico que labora en el hospital de Gineco-Obstetricia por las mañanas. Para el personal que labora en jornada vespertina se les buscó en los servicios correspondientes antes o después de sus labores.

En la segunda fase, se entrevistaron algunos individuos seleccionados al azar de cada una de las posiciones laborales incluídas en el estudio, buscando a quienes tuvieran disponibilidad de tiempo antes o después de iniciar sus labores. Previo a la misma, así como del cuestionario, se explicó verbalmente que la participación en el estudio era de carácter voluntario. En cuanto a la entrevista, se solicitaba permiso para grabar la misma.

El número de personas a quien se realizó la entrevista se calculó como muestra característica de un estudio cuantitativo. Por ser éste un estudio de tipo

cualitativo, se designó un número pequeño, dando prioridad a la calidad y profundidad de la entrevista, no a la cantidad.

Presentación de los resultados y tipo de tratamiento estadístico

Al finalizar el cuestionario, los datos se procesaron mediante el programa Epi Info 6.04. Con ello se obtuvieron frecuencias y cruces de las variables para configurar las tablas de presentación de resultados. En el caso de este estudio, no interesó un tratamiento estadístico adicional. El análisis fue mayormente de tipo interpretativo.

En cuanto a la entrevista, en los casos que lo permitían, se clasificaron las ideas principales de cada respuesta y se describió la frecuencia de las mismas. El análisis de la entrevista se efectuó mediante el análisis de contenido.

RECURSOS

Materiales físicos

Boletas del cuestionario y de las preguntas dirigidas para la entrevista, según la especialidad del médico residente o jefe de servicio participante.

Mini-grabadora para las entrevistas

Salón de clases y reuniones de los médicos

Humanos

Informantes

Investigador

VII . PRESENTACION DE RESULTADOS

Se presentan en conjunto los resultados de los cuestionarios dirigidos a los departamentos de Gineco-Obstetricia y de Pediatría/ Servicio de Neonatología; luego se presentan las contribuciones obtenidas mediante la entrevista al personal de ambos departamentos.

Cuestionarios

Se obtuvo la participación de 77 médicos del departamento de Gineco-Obstetricia y de 16 médicos del departamento de Pediatría/Neonatología en la contestación del cuestionario, lo cual corresponde al 85% y 100% de la población respectivamente. En general se obtuvo una apertura a colaborar muy significativa, pero algunos cuestionarios no fueron respondidos por la imposibilidad de algunos médicos para asistir a las reuniones del departamento, a las sesiones de clase (en el caso de los residentes) o por la falta de tiempo para contestar el cuestionario en su servicio, como quienes se encontraban rotando en el servicio de Labor y Partos o la Emergencia.

Algunos de los cuestionarios fueron respondidos en forma incompleta, específicamente en las preguntas dirigidas al grupo de Gineco-Obstetricia, en que se solicitaba ofrecieran una razón respecto a la opción elegida en la pregunta previa.

El cuestionario y algunos cuadros no incluidos en este capítulo pueden consultarse en los anexos.

1. Concepción sobre el inicio de la existencia del ser humano

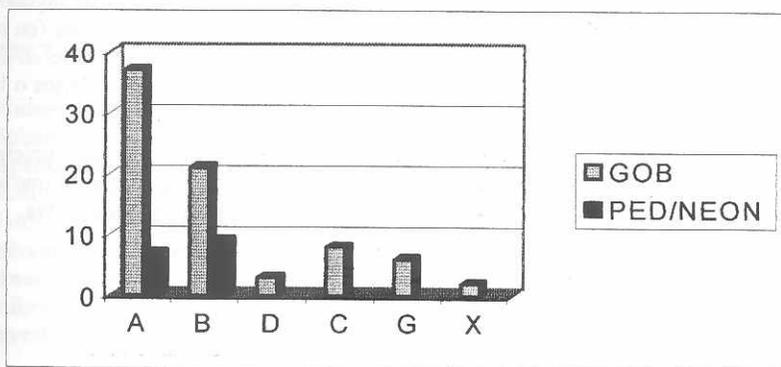
El 47.3% de quienes respondieron el cuestionario consideran que la existencia de un ser humano inicia en el mismo momento en que el espermatozoide entra en contacto con la corona radiada del óvulo (opción A); seguidamente, un 32.25% de los médicos opinan que la existencia de un ser de nuestra especie inicia cuando se mezclan los cromosomas, al fusionarse los pronúcleos femenino y masculino (opción B). La opción D (al iniciar la primera división mitótica del cigoto), que es un hecho biológico cercano a los dos ya mencionados, fue elegido por tres médicos especialistas, siendo superado por otras opciones que denotan momentos biológicos más tardíos.

Se observa mayor variedad de concepciones en cuanto al inicio de la existencia del ser humano dentro del grupo de Gineco-Obstetricia, en comparación al personal de Pediatría/Neonatología, en el cual fueron elegidas consistentemente las opciones A y B, expuestas anteriormente. Dicha variedad proviene principalmente del sexo masculino, e incluyen el momento de la implantación (8.6%) y la existencia de latido cardíaco (6.45%) como los instantes en que se inicia

la existencia del ser humano. De las ocho personas que eligieron la opción E (en el momento de la implantación), seis corresponden a médicos residentes del primero al tercer año, y el resto son especialistas. En cuanto a la opción G (existencia de latido cardíaco), el 50% lo constituyen residentes II y III, y la otra mitad médicos especialistas I y II.

Dos participantes que no optaron por ninguna de las posibilidades anteriores, sugirieron una adicional (aquí denominada "X"), en la que definen el inicio de la existencia del ser humano como el momento en que se observa el embrión.

GRAFICA No. 1 CONCEPCION DEL INICIO DE LA EXISTENCIA DEL SER HUMANO SEGUN EL PERSONAL MEDICO DEL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA, IGSS. MAYO, 1999.



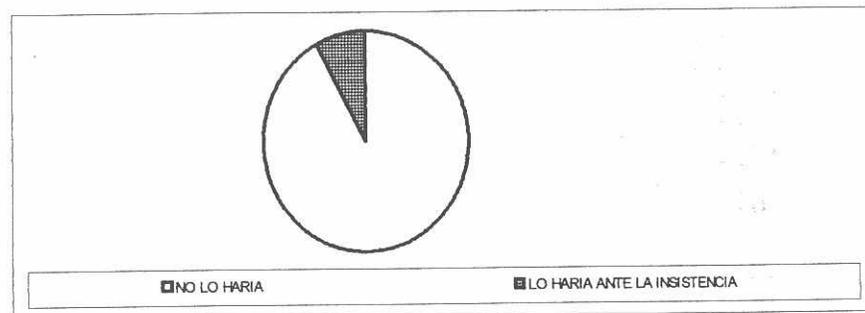
OPCION: A- Espermatozoide entra en contacto con corona radiada del óvulo. B- Fusión de los pronúcleos masculino y femenino, y mezcla de los cromosomas. D-Al iniciar la primera división mitótica del cigoto. E-En el momento de la implantación. G- Cuando ya existe latido cardíaco. X- Al observar embrión.

A. Preguntas específicas para el Departamento de Gineco-Obstetricia

2. Practicar o no practicar un aborto a una paciente joven cuyo embarazo es resultado de una violación

En un 92.2%, el personal médico del departamento de Gineco-Obstetricia no practicaría un aborto a una paciente que se lo solicitara, aunque el producto del embarazo sea resultado de una violación. Sin embargo existen algunos, principalmente especialistas, que practicarían el aborto a tal paciente si ella insiste, luego de haber intentado persuadirla de su decisión.

GRAFICA No. 2 ACCION QUE TOMARIA EL MEDICO ANTE SOLICITUD DE PRACTICAR UN ABORTO A UNA PACIENTE CUYO EMBARAZO ES RESULTADO DE UNA VIOLACION. HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA, IGSS. MAYO, 1999.



Entre quienes no practicarían el aborto a la paciente descrita, la razón que prevalece es porque éste viola ciertos principios personales, especificados por algunos como de carácter moral o religioso, y que posiblemente incluyen aquellas razones ofrecidas como "respeto a la vida".

Tres de las personas (los otros no respondieron) quienes eligieron esta opción, presentan los siguientes argumentos en respuesta al "Por qué?" de su curso de acción:

- 1-"Debido a los múltiples problemas, sociales, psicológicos, físicos, económicos, espirituales, emocionales, etc. que tendría que pasar si continúa el embarazo."
- 2-"Nadie tiene derecho a quitar una vida"
- 3-"el producto sería no deseado por su madre al nacimiento."

El aspecto legal también fue una razón de importancia, aunque de forma secundaria para muchos. Podría relacionarse a las razones "sería criminal" o "sería asesinato", con lo cual presenta mayor peso.

CUADRO NO. 5 RAZONES DADAS SEGÚN ACCIÓN QUE TOMARÍA EL MÉDICO ANTE SOLICITUD DE PRACTICAR UN ABORTO A UNA PACIENTE CUYO EMBARAZO ES PRODUCTO DE UNA VIOLACION.

HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA, IGSS
MAYO, 1999.

RAZONES	NO LO HARIA		LO HARIA ANTE LA INSISTENCIA	TOTAL
	1ª RAZON	2ª RAZON	1ª RAZON	
*POR ETICA (INCLUYENDO ETICA MEDICA) *PROFESION/CIENCIA ES PRO-VIDA *RESPECTO A LA VIDA (AL SER HUMANO) *POR PRINCIPIOS MORALES	34	11		45
PORQUE ES ILEGAL	6	7		13
POR PRINCIPIOS RELIGIOSOS	7	5		12
*DIOS ES EL UNICO QUE PUEDE DECIDIR SOBRE LA VIDA *VIDA ES PROPIEDAD DE DIOS *NO SOY JUEZ / NO DECIDO QUIEN TIENE DERECHO A LA VIDA Y QUIEN NO SERIA ASESINATO /CRIMINAL	7	2	1	10
*VA CONTRA MI IDEOLOGIA *NO ESTOY DE ACUERDO CON EL ABORTO *DESACUERDO CON ABORTO SI VIDA MATERNA NO ESTA EN PELIGRO	6	1		7
EXISTE LA POSIBILIDAD DE DARLO EN ADOPCION	4			4
POR CONSECUENCIAS MULTIPLES QUE CONLLEVA EL ABORTO (PSICOLOGICAS, SOCIALES, ETC.)	1	1		2
ES UN PRODUCTO NO DESEADO			1	1
SUGIERE A OTRO	1			1
OTRAS	3			3
TOTAL	69	27	3	99

Las razones emitidas como "por ética", en algunas ocasiones detallada como "ética profesional" o "ética médica", podrían asociarse a las que establecen que la profesión médica y la ciencia están orientadas a la vida, y no lo contrario.

Entre aquellas razones ofrecidas específicamente de carácter religioso (principios religiosos), podrían incluirse las que aducen una ausencia de derecho para quitar la vida de otro ser humano o de "decidir" quien vive o no, y a que Dios es el único que tiene ese derecho.

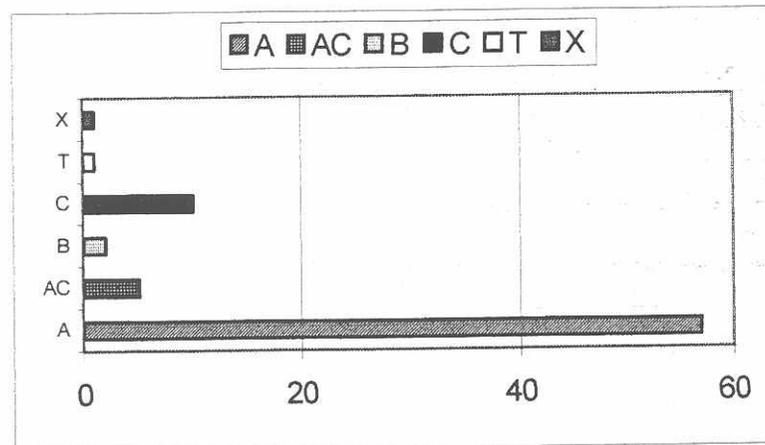
Alguien, en vez de dar una razón como respuesta a la pregunta, menciona que él no lo haría, pero sugeriría a otro para que lo haga.

En ocasiones los participantes ofrecían más de una razón, por lo cual se tomó el primer motivo escrito como "1ª razón" y el segundo como "2ª razón" respectivamente.

3. Posibilidad de aborto terapéutico, el cual es rechazado por la madre.

GRAFICA No. 3 ACCIONES A TOMAR POR EL MEDICO ANTE UNA PACIENTE CON INDICACION DE ABORTO TERAPEUTICO, EL CUAL ES RECHAZADO POR LA MADRE.

DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA, HOSPITAL DE GINECO-BSTETRICIA, IGSS. MAYO, 1999.



OPCION: A- Pide un consentimiento informado (descargo) y sólo le da tx de sostén. B-Le da de alta por no acatar la decisión médica. C-Pide la opinión del esposo de la paciente y actúa conforme a ella. T- Terminaría el embarazo con consenso de tres médicos. X- No creo necesario interrumpir el embarazo

El 74% del personal médico del departamento de Gineco-Obstetricia pediría un consentimiento informado para rehusar el tratamiento y sólo le daría tratamiento de sostén (opción A), a una paciente que tuviese indicación de realizarse un aborto terapéutico y no lo aceptara. De dicho grupo de médicos, aproximadamente la mitad ofrecieron una razón por la cual actuarían de tal manera, siendo la principal el respeto a la decisión tomada por la paciente, su voluntad, su autonomía. Otra razón significativa, que se encuentra implícita en la pregunta pero fue enfatizada por varios, es el hecho de que la paciente debe estar informada puesto que su vida peligra. Para dos médicos, el rechazo de la madre hacia un aborto terapéutico congenia con su ideología del respeto a la vida del feto y a su derecho y oportunidad de vivir.

Diez médicos coincidieron en que era necesario pedirle la opinión al esposo y actuar conforme a ella, mientras que otros cinco (siendo especialistas 4) eligieron dicha opción junto con la de pedir un consentimiento informado o documento de descargo a la paciente para rehusar el aborto terapéutico. La mayor parte de quienes eligieron esta opción, ya sea por sí sola o aunada a la opción A, recuerdan en los motivos manifestados, el rol del esposo como pareja y como padre, y su derecho a participar de la información y toma de decisiones, y a que quizá su aporte (o de la familia), va a permitir que se tome la decisión más beneficiosa. Un médico (residente del primer año) de los que eligió dicha opción, considera que la paciente está mentalmente incapacitada en ese momento para tomar decisiones, puesto que preferiría dar su vida para intentar salvar a su hijo.

Por el contrario, dos médicos no eligieron alguna de las opciones disponibles, sino que manifestaron que no creían necesario interrumpir el embarazo. Uno de ellos expresó que una presión arterial de 160/100 que persistía a pesar del tratamiento médico, no constituía una indicación de interrumpir el embarazo según el protocolo. No obstante, es preciso aclarar que la pregunta fue diseñada en base al "Manual de Normas Hospitalarias del Hospital de Gineco Obstetricia", publicado en octubre de 1996; en él se describe, bajo el numeral 1, la persistencia de "valores de presión arterial de 160/100 ó mayores a pesar de tratamiento", como criterio para extraer el feto en una paciente con preeclampsia grave. Por otro lado, un médico residente del tercer año expuso que terminaría el embarazo tras obtener un consenso de tres opiniones médicas.

CUADRO NO. 7 RAZONES DADAS SEGÚN ACCIÓN QUE TOMARÍA EL MÉDICO ANTE NEGATIVA DE PACIENTE A ABORTO TERAPEUTICO.

HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA, IGSS
MAYO, 1999.

RAZON	ACCION A TOMAR SI PACIENTE CON INDICACION DE ABORTO TERAPEUTICO LO RECHAZA						TOTAL
	A	AC	B	C	T	X	
Respetar decisión / autonomía de la paciente No se puede actuar contra la voluntad de la paciente	15						15
Peligra la vida de la paciente Paciente debe estar informada Puede tener otros embarazos Que la paciente asuma responsabilidad	8		2	1			11
Decisión debe tomarse en pareja		2		3			5
Tratamiento puede ser conservador No creo necesario interrumpir embarazo No hay indicación de interrupción según el protocolo	1					2	3
Feto tiene el mismo derecho y oportunidad de vivir Respeto a la vida del feto	2						2
Ambos padres deben estar informados							
Derechos del padre a decidir el bienestar del hijo				1			1
Familia puede ayudar a que las decisiones sean más beneficiosas		1					1
Paciente no está mentalmente capaz de tomar decisiones				1			1
Decidir resolución con mínimo tres opiniones médicas					1		1
Posibilidad de que no haya daño a madre o a feto	1						1
OTRAS							
TOTAL	29	4	2	8	1	2	46

OPCION: A- Pide un consentimiento informado (descargo) y sólo le da tx de sostén. B-Le da de alta por no acatar la decisión médica. C-Pide la opinión del esposo de la paciente y actúa conforme a ella. T- Terminaría el embarazo con consenso de tres médicos. X- No creo necesario interrumpir el embarazo

4. Violación o no violación del secreto profesional, cuando hacerlo podría significar un beneficio.

GRAFICA No. 4 OPINION RESPECTO A DIVULGAR UN SECRETO PROFESIONAL AL ESPOSO DE LA PACIENTE, CONTRA LA VOLUNTAD DE ESTA. DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA, IGSS. MAYO, 1999.



En esta pregunta se observan opiniones muy divididas que confrontan el sí y el no, con escasa predominancia de este último, respecto a revelar un secreto profesional a la pareja de la paciente, en contra de su voluntad. El "sí" prevalece en forma importante en los grupos que cuentan con mayor tiempo de práctica en la especialidad, es decir, los especialistas II (9/12) y los jefes de servicio (3/4). El "no" obtiene la escasa mayoría entre los residentes, médicos especialistas I y médicos de consultorio.

Es interesante notar que 13 de las 16 mujeres que respondieron el cuestionario se inclinan a guardar el secreto profesional respecto a la paciente, mientras que 34 de 60 médicos del sexo masculino cuestionados, revelarían a la pareja de su paciente la positividad al VIH de ésta, aún en contra de su voluntad.

5. Practicar o no un aborto eugenésico solicitado por una madre quien sufrió rubéola a las 8 semanas de embarazo.

Al igual que en la pregunta anterior, se observan dos tendencias de similiar predominancia: aquellos que considerarían evaluar un futuro aborto eugenésico al constatarse alguna deformidad en el feto, como aquellos quienes no dan cabida a la posibilidad de efectuar un aborto de esta naturaleza. Dos personas, quienes sugirieron las opciones Y y Z, se guían por lineamientos similares, ofreciendo algún detalle que hace la opción válida para ellos.

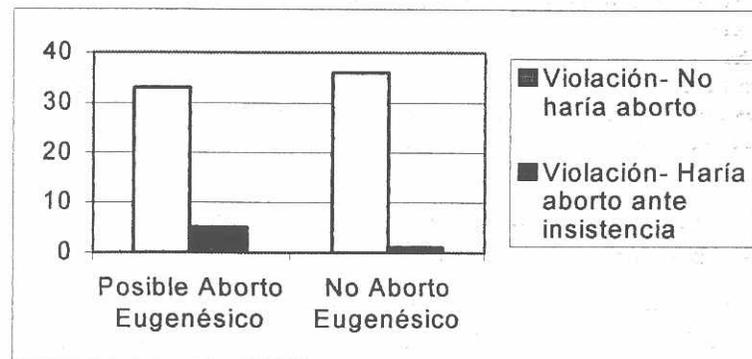
En relación a la distribución de las respuestas según sexo, éstas están equitativamente repartidas entre ambas opciones, B y C.

GRAFICA No. 5 ACCION A TOMAR ANTE SOLICITUD PARA PRACTICAR UN ABORTO EUGENÉSICO. DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA, IGSS. MAYO, 1999.



OPCION: : B- Le recomienda esperar, y si se constata alguna deformidad en un próximo ultrasonido, se podría evaluar un aborto eugenésico. C- Le dice que su petición es incompatible con sus principios y se desliga del caso. Y-“Le indico que su petición es incompatible con mis principios y que además sólo existe un 10% de probabilidades de problemas secundarios a la rubéola”. Z- “Le recomiendo esperar y constatar una deformidad y le hago saber que el aborto terapéutico es ilegal en Guatemala”.

GRAFICA No. 6 COMPARACION DE OPINIONES DEL PERSONAL MEDICO ANTE LA SOLICITUD PARA PRACTICAR UN ABORTO EUGENÉSICO Y LA SOLICITUD PARA UN ABORTO POR ANTECEDENTE DE VIOLACION. DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA, IGSS. MAYO, 1999.



El 42.8% del personal médico del departamento de Gineco-Obstetricia, podría evaluar un aborto eugenésico pero no haría un aborto a una paciente cuyo embarazo fuera producto de una violación. Entre ellos, hay dos médicos que, en el caso de la paciente con indicación de un aborto terapéutico (Ver Anexo #9), darían de alta a la paciente si ésta no acata la decisión médica. También se encuentra,

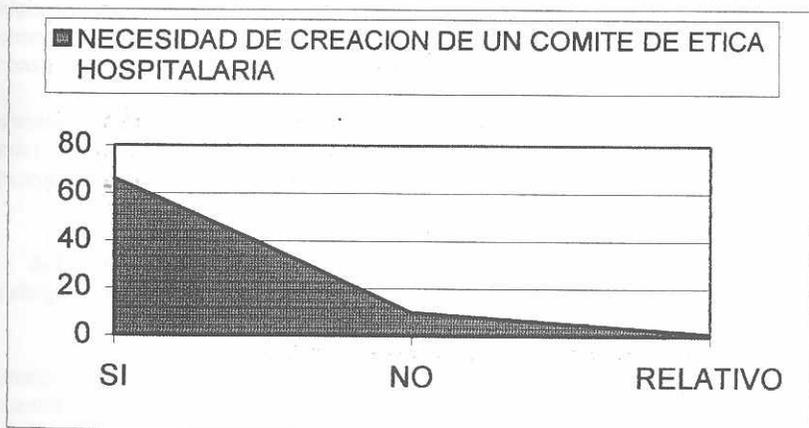
dentro de dicho porcentaje, la mitad de quienes, en el caso mencionado, pedirían la opinión del esposo y actuarían conforme a ella.

Un 6.5% de los cuestionados refirió que podría evaluar un aborto eugenésico en el futuro, al constatar una deformidad en el feto, coincidió en que haría el aborto solicitado en el caso de la paciente cuyo embarazo resultara de una violación. Casi la totalidad de ellos pediría, en el caso de la paciente preecláptica grave, el consentimiento informado de ésta para rehusar el aborto terapéutico.

Se puede observar que uno de los médicos, para quien efectuar un aborto eugenésico resultaba incompatible con sus principios, realizaría el aborto a la paciente que fue violada ante la insistencia de ésta (tras haber intentado persuadirla). En cuanto al caso de la paciente preecláptica grave que rechaza un aborto terapéutico indicado, manifiesta que pediría su consentimiento informado y brindaría tratamiento de sostén.

6. Opinión acerca de necesidad de crear un comité de ética hospitalaria.

GRAFICA No. 6 OPINION DEL PERSONAL MEDICO ACERCA DE SI CONSIDERAN O NO NECESARIA LA CREACION DE UN COMITE DE ETICA HOSPITALARIA. DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA, IGSS. MAYO 1999.



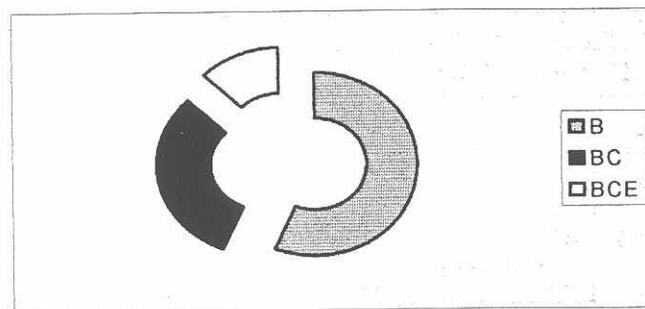
En general, sólo un 13% del personal médico del departamento de Gineco-Obstetricia manifestó que no considera necesaria la creación de un comité de ética hospitalaria, encontrándose la mayor divergencia en el grupo de los residentes del tercer año.

B. Preguntas específicas para el Departamento de Pediatría/ Servicio de Neonatología

Debido a que en el servicio de Neonatología el personal médico es reducido, en comparación al de Gineco-Obstetricia, fue necesario obviar la categoría de jefe de servicio y evitar la distribución por sexo entre los residentes de segundo año de Neonatología, para proteger la identidad de los individuos que ocupan una posición o son la única persona de un sexo determinado dentro de una categoría laboral. En el caso del jefe de servicio, éste fue incluido dentro de la posición laboral de "Neonatólogo".

7. Caso de recién nacido prematuro con indicación de recibir transfusión, la cual no es autorizada por los padres por motivos religiosos (Testigos de Jehová)

GRAFICA No. 7 ACCION A TOMAR EN CASO DE RN HIJO DE TESTIGOS DE JEHOVA QUE REHUSAN TRATAMIENTO. SERVICIO DE NEONATOLOGIA, HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA, IGSS. MAYO, 1999.



B- Asiste con soluciones IV y soporte ventilatorio
 BC- B + administra surfactante
 BCE-BC + espera a que los padres consigan el producto

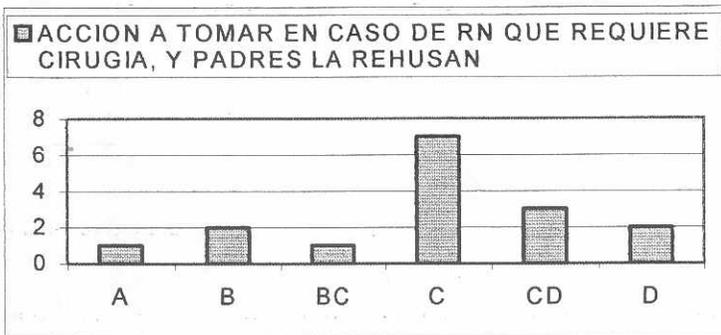
Poco más de la mitad del personal médico del servicio de Neonatología (9/16) de las distintas posiciones laborales (incluyendo la totalidad de los neonatólogos), ofrecieron un tratamiento consistente de soluciones intravenosas y soporte ventilatorio, pero no administraron surfactante. Este último habría sido administrado por el 30% del personal médico, en su totalidad residentes, siendo uno de ellos residente de Neonatología.

La opción E (esperar a que traigan el producto sanguíneo aceptado por los padres, para el niño), fue considerada por el 12.5% de los médicos. Al ser tomada en conjunto con las opciones B y C, adquirió un significado únicamente complementario, y no constituye aportación de una acción a tomar distinta.

8. Caso de recién nacido a término que presenta Síndrome de Down y atresia duodenal, para quien sus padres rechazan la cirugía.

Solamente un residente de neonatología eligió la opción de tomar acción agresiva y someter al niño a la intervención quirúrgica, aún en contra de la voluntad de los padres. Otros dos fueron de la opinión de hacerlo, pero habiendo tomado el juzgado la custodia del niño. Por el contrario, dos personas eligieron que los padres firmaran un documento de descargo, y no le ofrecían tratamiento al niño. No obstante, en este caso el mayor número de médicos fue de la opinión de ofrecer al niño alimentación parenteral o soluciones intravenosas únicamente, uno de ellos especificando que lo haría tras obtener un documento de descargo por parte de los padres.

GRAFICA No. 8 CASO DE RECIEN NACIDO CON SINDROME DE DOWN Y ATRESIA DUODENAL, CUYOS PADRES REHUSAN TRATAMIENTO QUIRURGICO. SERVICIO DE NEONATOLOGIA, IGSS. MAYO, 1999.

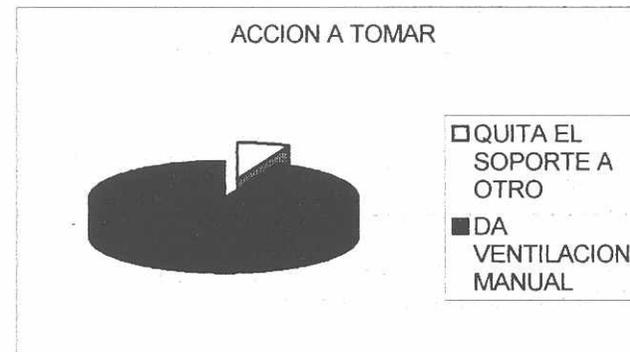


OPCION: A- Lo somete a la intervención quirúrgica contra la voluntad de los padres. B-Pide a los padres firmar un documento de descargo y no trata al niño. C- Ofrece al niño tratamiento con alimentación parenteral o soluciones intravenosas. D-Llama al juzgado para que tome custodia del niño y se pueda realizar la intervención quirúrgica.

9. Caso de recién nacido prematuro quien requiere de ventilación mecánica y no hay ventilador disponible.

En general, se busca ofrecer al niño que llega lo mejor con los recursos disponibles. En este caso, 15 de 16 médicos le ofrecerían ventilación manual, respetando el soporte ventilatorio establecido para los demás niños. Únicamente un residente de neonatología, si consideraría el retiro del soporte ventilatorio de un niño con peor pronóstico para colocárselo al paciente nuevo.

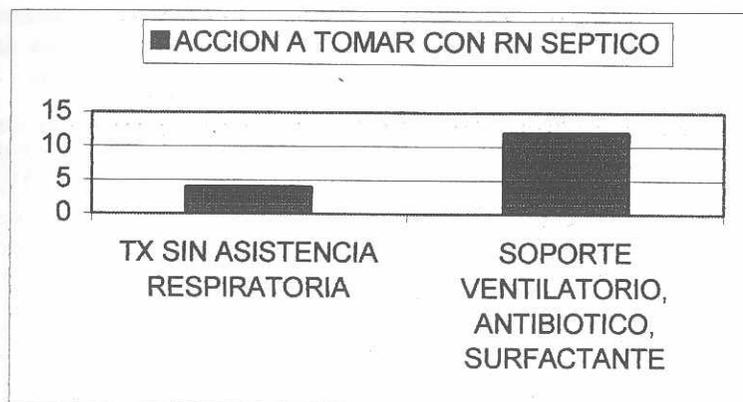
GRAFICA No. 9 ACCION A TOMAR EN CASO DE RECIEN NACIDO QUE REQUIERE VENTILACION MECANICA Y NO HAY APARATO DE VENTILACION DISPONIBLE. SERVICIO DE NEONATOLOGIA, HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA, IGSS. MAYO DE 1999.



10. Caso de recién nacido prematuro quien requiere de ventilación mecánica y no hay ventilador disponible.

A pesar del mal pronóstico del niño, 12/16 médicos le ofrecen todo el tratamiento disponible, incluyendo soporte ventilatorio, antibióticos y surfactante. Los demás le dan tratamiento de sostén sin asistencia respiratoria.

GRAFICA No.10 ACCION A TOMAR EN CASO DE RN PREMATURO QUE NACE SEPTICO. SERVICIO DE NEONATOLOGIA, HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA, IGSS. MAYO, 1999.

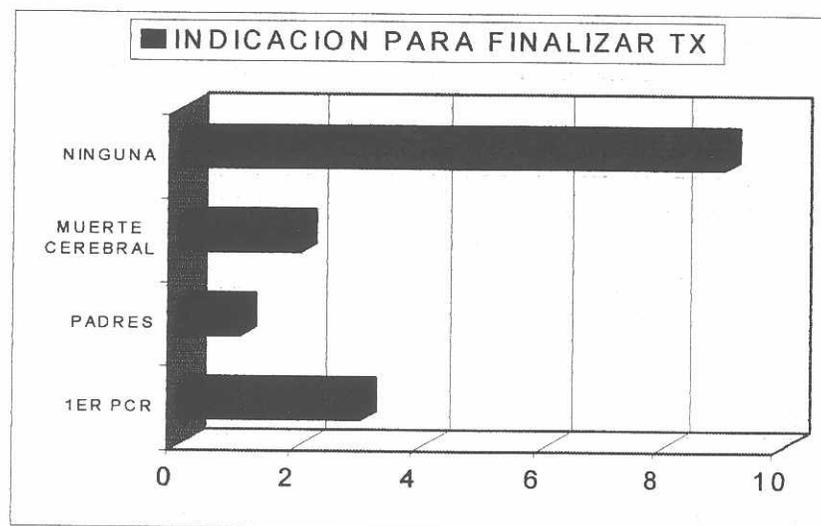


11. Caso de recién nacido prematuro quien requiere de ventilación mecánica y no hay ventilador disponible.

El 60% de los médicos que laboran en el servicio de Neonatología, incluyendo 3 de 4 neonatólogos, 3 /3 residentes II de Neonatología que contestaron esta pregunta, la mitad de los residentes I de Pediatría y 1 de 3 RII de dicha especialidad, fue de la opinión de que ninguna de las situaciones descritas en las opciones del cuestionario (primer paro cardio-respiratorio, hemorragia intraventricular severa, solicitud de los padres, signos de muerte cerebral), constituía indicación para terminar el tratamiento. Los residentes, en su mayoría del sexo femenino, y uno de los neonatólogos, variaron las posibilidades, considerando un primer paro cardio-respiratorio, la solicitud de los padres, o los signos de muerte cerebral (aunque con buena frecuencia cardíaca), circunstancias suficientes para finalizar el tratamiento.

Una persona no respondió esta pregunta, puesto que en el caso anterior asumió que el paciente moriría al no darle asistencia ventilatoria.

GRAFICA No. 11 INDICACIONES PARA FINALIZAR EL TRATAMIENTO OFRECIDO AL RN PREMATURO SEPTICO. SERVICIO DE NEONATOLOGIA, HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA, MAYO DE 1999.



*1ER PCR: Primer Paro Cardio-Respiratorio

CUADRO NO. 17 RELACION ENTRE EL TRATAMIENTO OFRECIDO AL RN SEPTICO Y LA INDICACION PARA TERMINAR LO.

HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA, IGSS, MAYO, 1999.

INDICACION PARA TERMINAR TRATAMIENTO OFRECIDO A RN DE 26 SEMANAS QUE NACE SEPTICO		INDICACION PARA TERMINAR TRATAMIENTO OFRECIDO A RN DE 26 SEMANAS QUE NACE SEPTICO					TOTAL	
POSICION LABORAL	ACCION QUE TOMARIA EN CASO DE RN SEPTICO	PRIMER RESPIRATORIO	PARO CARDIO-RESPIRATORIO	SOLICITUD DE LOS PADRES + D (CD)	SIGNOS DE MUERTE BUENA FRECUENCIA CARDIACA (D)	DE CEREBRAL CON CIRCUNSTANCIAS ANTERIORES (E)	NO TERMINARIA EN NINGUNA DE LAS CIRCUNSTANCIAS ANTERIORES (E)	
								(A)
NEONATOLOGO	NEONATOLOGO	0	0	0	0	1	3	4
RESIDENTE I PEDIATRIA	RESIDENTE I PEDIATRIA	1	0	1	0	0	2	4
RESIDENTE II PEDIATRIA	RESIDENTE II PEDIATRIA	0	1	0	1	0	1	3
RESIDENTE III PEDIA	RESIDENTE III PEDIA	1	0	0	0	0	0	1
RESIDENTE NEONATOLOGIA	RESIDENTE II NEONATOLOGIA	0	0	0	0	0	3	3
TOTAL	TOTAL	2	1	1	1	1	9	15
		13.33%	6.6%	6.6%	6.6%	6.6%	60%	100%

Entrevistas

Las entrevistas se enfocaron a conocer en forma directa los dilemas éticos sentidos por el personal médico a través de su práctica hospitalaria, así como los medios o personas a quienes se acude para orientación en el caso de un dilema ético. También se indagaron las razones por las cuales se considera o no necesario crear un comité de ética hospitalaria.

En la entrevista participaron:

Departamento de Gineco-Obstetricia

Residentes I: Femenino 3 / Masculino 4 = 7

Residentes II: Femenino 1/ Masculino 5 = 6

Residentes III: Femenino 2/ Masculino 4 =6

Residente IV: Masculino 2

Residente V/Jefe de Servicio de Post-Parto Normal y Post-Operadas: 1

Especialistas I: Femenino 1/Masculino 3 =4

Especialistas II: Femenino 1 (única) / Masculino 7 =8

Médicos de Consultorio, Jornada Matutina: Masculino 1

Médicos de Consultorio, Jornada Vespertina: Femenino 1/ Masculino 7 =8

Jefes de Servicio: Masculino 6, incluye a dos jefes de la Zona 6

Sub-Total: 49

Departamento de Pediatría/ Servicio de Neonatología

Neonatólogos: Masculino 2 (incluye a Jefe de Servicio)

Residente I de Pediatría: Masculino 1

Residente II de Pediatría: Femenino 2/ Masculino 1 = 3

Residente II de Neonatología: Masculino 2

Sub-Total: 8

Total: 57

Se presenta un cuadro con las principales ideas en cuanto a cada aspecto considerado en la entrevista, especificando la frecuencia de las respuestas según la posición laboral (R/PL). Esta relación provee únicamente un panorama de las

experiencias vividas en la práctica hospitalaria, pudiendo considerarse más relevantes las expresadas con mayor frecuencia. Sin embargo, es posible que por las circunstancias de la entrevista, se hayan omitido detalles importantes, o quizá fueron referidos pocas o una única vez.

En varios cuadros se considera la información referida en base a una primera opción y a una segunda opción, según haya sido lo primero o lo segundo que refirieron.

CUADRO NO. 16 DILEMAS ETICOS SENTIDOS POR EL PERSONAL MEDICO. DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA, IGSS. MAYO, 1999.
DILEMAS ETICOS

	FRECUENCIA												TOTAL						
	RI		RII		RIII		RIV		MCJM		MCJV			ESPI		ESP II		JS	
	1ª op	2ª op	1ª op	2ª op	1ª op	2ª op	1ª op	2ª op	1ª op	2ª op	1ª op	2ª op		1ª op	2ª op	1ª op	2ª op	1ª op	2ª op
Salud materna vs. Embarazo no a término (Indicación de Aborto Terapéutico)	1	4	1	2	2						1					2		1	14
Considerar/Solicitar, realizar un aborto eugenésico (incluye anomalías fetales incompatibles con la vida)				3															7
Solicitud para efectuar un aborto criminal/ por razones económicas, sociales, etc.	1	1	1	1												1		1	5
No ha tenido	2			3												1			6
Pte. trata de engañar al médico para que haga algo con lo que no está de acuerdo (ej. un aborto)																		1	3
Informar a una paciente sobre un diagnóstico maligno, incurable o de mal pronóstico	2		1																3
Pacientes que no aceptan un tratamiento por motivo de su religión	1																	1	1
En pacientes muy comprometidas en su salud, seguir su tratamiento o interrumpirlo por inadecuada evolución																			1
Efectuar una cesárea innecesaria																			1
Pacientes menores de edad que acuden a la emergencia, y solicitan se oculte a los familiares que tiene vida sexual activa.																			1
Solicitud para cambiar identidad del bebé para darlo en adopción																			1
OTROS																			6

* Algunos médicos refirieron situaciones que no constituyen dilemas éticos, por lo que no están incluidos en este cuadro.

DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA CON QUIEN O QUE SE ORIENTARIA PARA LA RESOLUCION DE DILEMAS ETICOS	FRECUENCIA												TOTAL						
	RI		RII		RIII		RIV		MCJM		MCJV			ESPI		ESP II		JS	
	1ª op	2ª op	1ª op	2ª op	1ª op	2ª op	1ª op	2ª op	1ª op	2ª op	1ª op	2ª op		1ª op	2ª op	1ª op	2ª op	1ª op	2ª op
Ciencia, literatura	1	2		1														1	6
Protocolos/Normas Hospitalarias		1		1											1			1	6
Superiores, inmediato o de mayor jerarquía según el problema. Personas con mayor experiencia	6	2	1	3	1									1	4	1			21
Consejo Consultivo		1												1	1			2	5
Propios principios (incluye morales, religiosos) Propio criterio/ ética			1	2										1	1			1	7
Principios religiosos / bíblicos/ cristianos	1	1				1								1					4
Experiencia hospitalaria personal											1							1	2
Criterio del mayor beneficio de la madre				1	1						1	1						1	5
Maestro																			1
Conjunto de médicos/ Buscar tres opiniones														1	1				2
Lo que dicta la ley																		1	1
Criterio de beneficiar al bebé									1										1
Colega, amigo de confianza																		1	1

CUADRO No. 18 RAZONES PARA LA CREACIÓN O NO CREACIÓN DE UN COMITÉ DE ETICA HOSPITALARIA. DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA, IGSS. MAYO, 1999

RAZON	SI	NO	RELATIVO
Para análisis de casos que no están contemplados en los protocolos en forma profunda / Que se resuelva de la mejor manera y ello permita un aprendizaje	14		
Porque tratamos con vidas y principios inherentes al hombre; debe procurarse su respeto, su concientización	7		
El consenso a que llegue tal comité en cada caso sería un respaldo legal para la conducta a tomar	4		
Sería apoyo	3		
Para crear ciertas normas	2		
Podría ayudar a mejorar las relaciones entre los médicos de la institución	2		
El hospital ya tiene normas hospitalarias y el Consejo Consultivo funge como tal para los casos especiales		1	
Etica empieza por uno mismo		1	
Cuando las decisiones se toman no da tiempo de llamar a medio mundo para que decidan; sólo para los problemas crónicos.			1
Creo que siempre existe un comité de ética, ya que éstos se conforman de los especialistas de mayor jerarquía			1
OTRAS	3		

CUADRO No. 19 DILEMAS ETICOS SENTIDOS POR EL PERSONAL MEDICO DURANTE SU PRACTICA MEDICA HOSPITALARIA.
SERVICIO DE NEONATOLOGIA, HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA, IGSS.
MAYO, 1999.

DILEMAS ETICOS EN LA PRACTICA HOSPITALARIA	FRECUENCIA					
	RI PED		RII PED		NEON	
	1ª op	1ª op	1ª op	2ª op	1ª op	2ª op
Realizar una acción que podría prolongar la vida con un mal pronóstico o con mala calidad de vida y no hacer en realidad un beneficio.	1					
Decidir la muerte de un niño- seguir un tratamiento o soporte vital, vs. dejarlo morir (ej. cuando muestra signos de muerte cerebral).		1	2			
Cuando padres se oponen o no están de acuerdo con un tratamiento, o quieren sacar al niño y médicamente hay posibilidad de ayudarlo o salvarlo. (Incluye motivos religiosos)				1		1
Desconectar de un soporte vital a un niño						
No ha sentido dilemas éticos en su práctica					1	
Falta de equipo, lo cual evita ofrecer lo indicado al niño para curarlo o salvarlo					1	

CUADRO No. 20. BASES PARA LA ORIENTACIÓN EN LA RESOLUCIÓN DE LOS DILEMAS ETICOS.
DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA, SERVICIO DE NEONATOLOGIA, IGSS. MAYO, 1999.

DE QUIEN O QUE SE HA VALIDO PARA ORIENTARSE EN LA RESOLUCION DE LOS DILEMAS ETICOS	FREC					
	RI PED		RII PED		RII NEON	NEON
	1ª op	2ª op	1ª op	2ª op	1ª op	1ª op
Superiores	1	1	2		1	
Propios principios (morales, éticas)						2
Principios religiosos					1	
Criterio de no salir personalmente perjudicado	1					
Sacerdote (fuera del hospital)			1			

CUADRO No. 21. RAZONES BRINDADAS POR EL PERSONAL MEDICO RESPECTO A SI CONSIDERAN NECESARIA O NO LA CREACIÓN DE UN COMITÉ DE ÉTICA HOSPITALARIA. DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA, SERVICIO DE NEONATOLOGIA, IGSS. MAYO, 1999.

RAZON	SI	NO
Análisis de casos difíciles, procurando la toma de decisiones más correcta	4	
Para orientación/ guía/ referencia de médicos jóvenes y también los médicos de mayor experiencia	2	
Funge como tal el Consejo Consultivo		1
Sería un ente con solvencia legal para tomar decisiones	1	

En cuanto a la primera pregunta de la entrevista dirigida al departamento de Gineco-Obstetricia, en la cual se indagaban dilemas éticos sentidos por los médicos durante su práctica hospitalaria, varios entrevistados hicieron notar que en la práctica privada es donde enfrentan mayor número de dilemas éticos, principalmente en cuanto a solicitud de practicar el aborto de un producto no deseado. Uno de los jefes de servicio entrevistados manifiesta: "En lo que es la emergencia, quizás es donde uno más encuentra a veces un problema, porque las señoras pueden venir queriéndolo engañar a uno, para hacerse un aborto; y eso quizás sea de lo más problemático que uno puede encontrar. Pero a nivel de clínica, sí es relativamente frecuente que uno atiende a una señora, y la señora lo que está solicitando es precisamente que uno le realice un aborto, porque es un embarazo no deseado. Es un poco incómodo para nosotros el tener que decirles que no, por los principios que uno tiene, y a veces las señoras son un poquito insistentes, pero también uno tiene que ser claro en su posición." Otro médico del mismo nivel se expresó así acerca de tales experiencias en la clínica privada: "...Las parejas llegan hasta con un cheque en blanco, para que el médico ponga la cantidad; y le dicen a uno: 'Mire doctor, usted es especialista, usted tiene experiencia en eso, sé que con usted todo va a salir bien...'"

Algo importante de señalar fue mencionado por dos especialistas entrevistados. Refiere uno de ellos que se enfrenta a dilemas éticos mayormente "cuando uno es estudiante, o cuando uno es residente, porque está sujeto o supeditado a la opinión de los jefes, de los compañeros que van en un nivel de residencia mayor ...". Así lo expuso también un residente del segundo año, respecto a la opinión que de un caso pudieran tener sus jefes o superiores: "Si no está de acuerdo con mi criterio, yo pondría mis razones, pero si quien me ha dicho esa conducta tiene la jerarquía o la potestad para dar una orden así, pues la cumpliría."

Referente a los dilemas, las respuestas variaron desde quienes refieren no haberlos tenido, hasta algunos que refirieron más de dos. Una residente del tercer año de Gineco-Obstetricia, comentó que no ha tenido una situación que la coloque "entre la espada y la pared"; otro manifestó lo mismo: "No, hasta el momento." Por otro lado, lo expresado por una residente del segundo año del mismo departamento, ilustra varios dilemas mencionados: "Pues eso, si uno tiene la potestad de decirle a una paciente o un paciente su desenlace, aunque sea cruel, como en las pacientes con 'CA' (cáncer). Otro dilema... pacientes que te dan razones bien certeras y concisas, y objetivas de por qué quieren abortar, por ejemplo, y tú negarte, pues...ya es una situación como personal. Uno pierde la objetividad muchas veces... porque ellas te están diciendo lo que ellas piensan con argumentos valederos; y uno lo hace personalmente, ya es una acción personal. O sea, yo no lo haría, pero eso no significa que médicamente eso sea lo indicado...de decir, yo estoy en contra del aborto, y entiendo que muchas veces me voy sobre la razón de...si tiene serias anomalías congénitas; y yo digo, bueno, que nazca, y que si la voluntad de Dios es que se muera al nacer, pues que se muera. Pero es bien difícil para quien va a parir un hijo, saber que su bebé va a nacer así, si esa persona no lo quiere tener. Pero para mí es difícil, pues."

En cuanto al aborto terapéutico, un especialista menciona: "Siempre tratamos en lo mayor posible de que sean las dos personas las que se salven...El problema no es tanto así, como para nosotros que tengamos que tomarlo como unos jueces, sino que nosotros por lo menos debemos aceptar lo que la persona quiera, o sea, tratar de brindarle el mayor apoyo posible; y nosotros no vamos a juzgar ni quién es más valioso ni quien es menos valioso, sino que siempre nuestra función es tratar de preservar la vida...gracias a Dios en este hospital eso se nos ha inculcado, de que por lo menos nosotros tenemos que avocarnos a nuestra conciencia y sobre todo que no está permitido el aborto terapéutico en nuestro hospital y en nuestro medio. Muy raros casos se han escuchado... La verdad que la mayoría de las veces la madre dice, 'mejor seguir con el embarazo'." Por otro lado, un especialista I respondió, respecto a si efectuar un aborto terapéutico le representaba un dilema: "Definitivamente que no; no, porque en este caso talvez lo que nos interesa más es la vida de la madre, para seguir adelante..." De otra forma lo expone un médico de consultorio vespertino: "Es cuestión de poner en la balanza lo que más pese. Si en un momento dado lo agudo o lo gravemente enfermo que pueda estar la madre, pues si no resolvemos el embarazo vamos a tener dos muertes, no solo una. Es mejor tener solo una y entonces tratar de ver que se hace por el bebé. En el caso de embarazos que son demasiado jóvenes, y que la vida de la madre está peligrosando por el mismo embarazo, pues... obviamente se tendrá que sacrificar al niño con tal de salvar a la mamá."

Referente al aborto eugenésico, un jefe de servicio explicó un posible dilema, cuando padres de familia, más que todo si son familiares o conocidos, piden por favor un aborto, por haber padecido la madre una enfermedad que pone en riesgo la integridad del bebé (anomalías). "Queda uno personalmente ligado,

obligado, pues." Menciona que si no se hace el aborto, puede que el niño nazca mal y toda la vida sea el médico señalado por ello. "Pues como le digo, lo que lo ata a uno, es la ley. La ley dice, permitido el aborto, pues uno no tiene ninguna atadura en hacerlo; no tiene ninguna atadura porque difícil que alguien sea tan cachureco de estar pensando que eso es pecado...Yo digo que entre profesionales, ya maduros, no creo que el pecado sea algo en lo que tenga que pensar. Uno solo piensa en las cosas éticas y legales. Fuera de lo ético y lo legal, es rarísimo que alguien, cachureco ahí, piense que es pecado. Pero hay! Hay médicos cachurecos que hasta creen que es pecado usar métodos anticonceptivos y están convencidos..." Un médico especialista II agrega que la mayoría de dilemas se basa en problemas como anomalías fetales incompatibles con la vida, en donde la madre "va a seguir llevando un embarazo hasta su término, con riesgo de complicarse... y al final, pues el esfuerzo va a ser en vano, ya que no va a tener ninguna buena salida. Con que se resuelva antes o se resuelva después, de todos modos el problema es que los niños van a fallecer." Subraya que el caso se aplica a anomalías como acrania, anencefalia; no consideraría el aborto por haber padecido rubéola o toxoplasmosis.

Otro dilema referido solamente por un especialista I, es: "Cuando alguien te dice, o afrontas el problema de decir 'ese niño no va a vivir', o te presentan un hidrocefalo y te dicen que mejor hay que vaciarle la cabecita para que nazca por abajo... Nosotros nos amparamos en ultrasonidos... en los que nos dicen, 'bueno, tiene una hidrocefalia y un mielomeningocele, tiene parálisis de miembros inferiores, un niño que ya está retardado, etc.; le podemos ofrecer una cesárea? En realidad sería un poquito duro para una paciente, sobre todo si tiene el primer embarazo, desde ya condenarla a tener otra segunda cesárea, y talvez es muy joven." También mencionó que en estos casos, se debe anteponer la "ley divina" para afrontarlos; acogerse a Dios y pensar que lo que uno está haciendo es lo mejor.

Un médico especialista II, fue el único que mencionó lo siguiente como dilema: "...Decidir métodos anticonceptivos en determinadas pacientes, incluso en menores de edad, que si bien se supone que son casadas, la ley habría que ver cómo tipifica que una paciente pueda decir 'sí, yo quiero que me pongan esto o no me pongan', por su nivel de acervo cultural inherente; los tipos de métodos usados..." y problemas de tipo ético-moral-religioso, que se viven en nuestra población. Aclaró, no obstante, que "...la política de anticoncepción, que si bien es una política institucional, uno está en todo el derecho de decir que no y el Colegio de Médicos lo avala, según el Código Deontológico."

Dos médicos que laboran en la consulta externa vespertina, expresaron como dilema una situación en la cual cuando una paciente tiene indicación de ingreso y ella no quiere quedarse, o no puede, ya que viene con algún niño o dejó a sus hijos en la casa. Refiere uno de ellos el caso de una paciente obstétrica que cursaba con una presión de 250/100, y que no pudo quedarse por un niño que venía con ella. Uno de dichos médicos también expresó situaciones vividas en un hospital público donde realizó su residencia, que creo conveniente mencionar: "Muchos dilemas

eran cuando una paciente era menor de edad, y ella no quería que sus familiares supieran que ella ya tenía relaciones sexuales...el protocolo de manejo era que tenía que llamar a trabajo social para entrevistar a la familia, y hacerles ver en qué problema estaba metida la paciente, con o sin el consentimiento de ella...Y el otro dilema que yo miraba mucho era cuando las pacientes tenían un historial cuando un aborto era provocado; la mayoría de veces se evitaba el comentario en la papelería para poder evitar cualquier problema médico-legal después."

Al preguntarles sobre los dilemas éticos sentidos durante la práctica hospitalaria, algunos refirieron situaciones que denotan falta de ética pero no son dilemas, como la "mala relación que existe entre los médicos, tanto de especialistas a jefes como de jefes a especialistas, y con los médicos residentes. Lamentablemente, no es una relación adecuada, y esto da lugar a dificultades en el ejercicio de la profesión desde el punto de vista ético." Esto fue expresado por un jefe de servicio, y también por el lado de un médico especialista II se obtuvo un comentario similar, refiriendo la "falta de lealtad y compañerismo de parte de algunos compañeros, autoridades...", por lo cual se llevan problemas personales a niveles superiores. También un residente del cuarto año adujo este problema al ambiente de "competencia" que se vive en el hospital. Un jefe de servicio también mencionó, en cuanto a dilemas, un problema de falta de discreción de algún personal en cuanto al manejo de pacientes con enfermedades venéreas, actuando con prejuicios para éstas; mientras otro comentó acerca de colegas quienes han falsificado expedientes y extraído medicamentos a nombre de pacientes fallecidos.

En el campo de la Pediatría, específicamente de Neonatología, algunos comentarios ilustran los dilemas expuestos. Un residente de primer año de Pediatría, refiere que se ve en un dilema "...Ante la imposibilidad de hacer algún beneficio para un paciente que uno sabe que la calidad de vida, si logra sobrevivir, va a ser defectuosa, va a ser mala. Entonces, por ejemplo, había un paciente recientemente que tenía aire en el encéfalo y deformidad de los huesos del cráneo. Ante este paciente, pues habían dicho de que no había que hacer maniobras de resucitación si presentaba paro cardio-respiratorio. Entonces...si se hacía la reanimación y el paciente salía, cuánto tiempo más iba a vivir?; y si no salía, se quedaba la satisfacción de que se hizo algo. Pero si salía y vivía, qué calidad de vida iba a tener? Es un dilema que a veces uno dice, bueno, qué hacer en realidad?" Una residente del segundo año de Pediatría, refirió como la experiencia que más le impresionó, una ocasión en que unos padres de familia pidieron el egreso de su hijo, quien tenía todos los signos clínicos de muerte cerebral. "Entonces, a solicitud de ellos, hubo que desconectarlo todo y entregárselo". Al contrario, un especialista de dicho servicio aseguró no haber sentido dilemas éticos en su práctica hospitalaria, puesto que siempre ha tenido claros los conceptos que recibió durante su formación moral.

La segunda pregunta de la entrevista pretendía conocer de qué o de quién se valen los médicos para orientarse en la resolución de los dilemas éticos. Aquí se

escucharon diversas opiniones, pero predominó el concepto de avocarse a los superiores, inmediatos o de mayor rango si el problema lo requería, para orientarse en el decidir o actuar. Esto es a nivel hospitalario; varios expresaron que a nivel de clínica privada, definitivamente predomina el propio criterio o principios, para tomar las decisiones o conductas.

Uno de los jefes de servicio del departamento de Gineco-Obstetricia comentó así: "Una de ellas son los principios morales que uno tiene desde un inicio, y cómo haya sido educado. Y en segundo lugar, los principios médicos, éticos que a uno le enseñan durante su formación acá, que uno lo va observando en sus jefes, la conducta que ellos toman...cómo son ellos. Uno se va formando de un poquito de cada uno. Uno adquiere su propio criterio y su propia personalidad desde el punto de vista profesional."

Un residente del segundo año de Gineco-Obstetricia, refiere que se orienta, para la resolución de los dilemas éticos, en bases o principios bíblicos, ya que la Biblia es un libro de moral. Un comentario interesante que hace, es el siguiente: "En muchos países, cuando existe un niño que va a nacer con anomalías, se prefiere un aborto terapéutico, para que no sea una carga económica. Hay gente que aunque tenga impedimentos es productiva y motivante, mientras que hay quienes físicamente completos, son improductivos y dañinos. El sentido de la vida cuál es? Encontrar una función, un rol en la sociedad, todos queremos desempeñar al 100% esta función, basados en principios cívicos y morales...Y obviamente, cuando tenemos que optar por algo que puede ser dañino para la paciente pero se actúa en base a ese rol, personalmente me quedo tranquilo de que estoy actuando bien. La conciencia es la que rige al final de todo." Siempre relacionado a lo religioso, un médico expresó: "Antes seguía un código deontológico. Ahora (me guío) por principios cristianos."

Por otro lado, un Jefe de Servicio, ginecoobstetra, afirma que sus decisiones se basan principalmente en lo legal. "Es de lo más importante, de lo más, para los asuntos obligados. Ahora, por planificación familiar o cosas así, entonces sí entra a jugar parte la ética. Es ético, es moral, realmente, abortar, hacerle aborto sólo porque la señora no quiere tres niños, quiere dos nada más, entonces que planifique, entonces que use preservativo, que se ponga una T de cobre, que se ligue las trompas... Le voy a quitar la vida a un niño sólo porque esta mujer no quiere tres niños sino quiere dos?"

Un neonatólogo manifestó: "A este nivel, ya prácticamente todo el mundo volteo a verlo a uno, verdad, porque uno es el jefe. Uno trata de ofrecerle (al niño) lo más que se pueda en las condiciones que se está. Definitivamente que no se puede decidir y uno no puede ser Dios de decir 'desconecten a aquel', porque yo considere que le va a ir peor que a este que le va a ir mejor. Pero al que viene atrás hay que tratarse de manejar con lo que se pueda."

Un residente II de Gineco-Obstetricia, opinó que a nivel hospitalario, para la resolución de los dilemas éticos uno se rige por el criterio de las autoridades. No obstante, a nivel privado refiere que: "... el juez es la conciencia, el conocimiento y

el problema real que está viviendo la paciente. La sociedad está regida por religiosos fanáticos y políticas sociales que condenan sin dar chance a justificaciones, y menos una adecuada investigación de los problemas. Cuando surge un 'dilema ético' en la relación médico paciente, uno tiene que ser muy pragmático, olvidarse de ser católico, o evangélico, nacionalista, constitucionalista. Tiene que vivir la realidad, no de la sociedad ni personal, sino la realidad de la persona, independientemente del contexto social."

Respecto a la tercera pregunta de la entrevista, sobre si se cree o no necesaria la creación de un comité de ética hospitalaria, los siguientes extractos de las entrevistas (todas obtenidas de personal del departamento de Gineco-Obstetricia), ilustran las ideas expresadas:

Jefe de Servicio de Gineco-Obstetricia: *"Definitivamente que sí, porque lamentablemente la naturaleza del hombre en general, pero específicamente el hombre que está dedicado a la práctica de la medicina lo empuja a ser autosuficiente, y muchas veces no apega a lo que se trata de establecer, normativos, protocolos etc., y siguen sus casos como mejor se les antoja... Y por otro lado, que la ética debe de incluir lo que es una relación adecuada entre los médicos de la institución."*

Una doctora, especialista opina: *"Sí, porque falta que se preste atención a los dilemas con que uno se encuentra más que todo cuando es estudiante, donde se los aguanta, cuando se consultan personalmente con alguien afuera."*

Otro jefe de servicio explica: *"Yo creo que sí. De hecho pienso que talvez formalmente no lo hay, pero sí funciona. Porque el Consejo Consultivo muchas veces evalúa casos de ese tipo, en los cuales hay que tomar decisiones un poquito fuertes, y se reúnen todos los jefes de servicio, los directores, los jefes de departamento, y en consenso se platica sobre el caso, se le ve los pro, los contra, que se gana con esto, que no se gana; se analizan diversas situaciones, y al final se concluye y se toma una decisión en conjunto."*

Un médico especialista II afirmó: *"Definitivamente que sí; y es más, se está actuando ilegalmente cuando no hay un comité de ética hospitalaria, porque es un mandato legal según el nuevo Código de Salud." Añadió: "Porque es un mandato divino, la ética va en relación a un mandato divino. Eso... quiere decir, que son principios inherentes al hombre. Lo que estamos tratando, principalmente en Gineco-Obstetricia es con vidas, y a veces nosotros nos la queremos llevar de muy dioses en decidir ..."*

Residente II de Gineco-Obstetricia: *"Bueno, yo pienso que sí... Muchas veces uno tiene problemas con definir qué es ética, y hasta donde está su compromiso como médico y hasta donde sus decisiones personales y sus propias convicciones pueden influir en el destino del paciente... Y... diez cabezas piensan mejor que una, y eso es definitivo, y yo pienso que muchas veces una persona puede tener una idea o la luz que a tí te falta."*

Jefe de Servicio, departamento de Gineco-Obstetricia: *"...Como en el ejemplo ese que una madre que tiene rubéola y está solicitando algo, verdad, si el comité que está formado por los jefes de servicio decidieran interrumpir un embarazo, cualquiera que fuera su indicación, está tomando en consideración la opinión de todos y de esa manera uno, pues, como que salva un tanto la responsabilidad. Pero a nivel de clínica privada es uno realmente el que tiene que tomar la decisión y los principios que uno tenga son los que van a prevalecer para actuar de una forma buena o mala." Posteriormente, agrega: "Si no existe un comité parecido, debe de hacerse, porque de esa manera los casos que son difíciles, que eventualmente se pueden transformar en un problema de tipo médico-legal, uno tiene el respaldo para dejar constancia de que lo que se hizo fue para mejor bienestar de la señora... Aquí en el hospital uno ve problemas mucho más difíciles de manejar quizás que lo que uno puede encontrar en la calle o en lo privado."*

Especialista I, Gineco-Obstetricia: *"Yo pienso que sí, en el sentido de que a veces talvez muchos no tienen ni siquiera la idea de que es eso... Yo creo que nos puede ayudar incluso en algún momento a tomar otro tipo de conductas con bases talvez más sólidas..."*

Entre quienes consideran que no es necesaria la creación de un comité de ética hospitalaria, mencionan lo siguiente:

Residente del tercer año de Gineco-Obstetricia: *"La ética empieza por uno mismo, si uno es ético no es necesario formar un comité."*

Especialista II, ginecoobstetra: *"No. Porque el hospital tiene normas hospitalarias ya descritas para cada caso. Esas situaciones difíciles, las resuelve el Consejo Consultivo."*

Residente II de Gineco-Obstetricia: *"Es relativo... No creo que tenga mucha intervención sobre todo. Creo que generalmente las decisiones cuando se toman no van a dar tiempo de estar llamando a medio mundo para que decidan; generalmente son llamadas telefónicas al jefe de residentes, especialista de llamada y jefe de grupo. Ahí se reúne la triada de ley para la toma de decisiones. Cuando es un problema crónico, cuando hay tiempo, funciona el Consejo Consultivo que funge como tal. No considero necesario formar otro."*

En general, la existencia y función del Consejo Consultivo del Hospital de Gineco-Obstetricia era conocida por el personal médico. Para algunos, esta entidad funge como un comité de ética hospitalaria, y por tanto, en el caso de dicho hospital, no es necesaria la creación de tal comité. No obstante, la mayoría señaló la conveniencia e idoneidad de crear un comité designado específicamente para los asuntos de ética hospitalaria. Según un jefe de servicio: *"Sí, hay casos que ameritan un comité. En el hospital parece que no hay ninguno."*

Resulta importante señalar aquel grupo que conoce la existencia y fines del Consejo Consultivo, pero consideran que la forma de toma de decisiones es un poco desconocida o discriminativa. Una residente del tercer año objetó: *"A nivel hospitalario, institucional, sí es bueno. Aquí lo que se conoce es el Consejo Consultivo, en el cual sólo participan jefes, pero realmente no estamos involucrados en eso, no sabemos en qué se basa, pues, que si hay normas o no para tomar cierta conducta ... Yo creo que sería bueno, pero incluir no sólo a las autoridades, sino que, depende del servicio en que esté (la paciente del caso discutido), hay que tomarlo en cuenta y que te informen en que están basadas (las decisiones)."* En forma similar se expresó también un residente II de Gineco-Obstetricia: *"...lamentablemente uno como residente I y II, se ve limitado a opinar. Independientemente de que uno talvez tenga su criterio... ya que al final prevalece lo que ellos deciden... En síntesis, no tenemos participación para decirle o no decir que se va a hacer con una paciente cuando se descarta o se evalúa un dilema ético."*

Algunos residentes proponen que el comité *"se debe ampliar, llamar a más personas, con personas de mayor edad, con un panorama amplio de la realidad..."*, ya que muchas veces *"pasa a jóvenes especialistas que se sienten autosuficientes, sabelotodos. Muchas veces el endiosarnos, nos hace tener mentalidades nefastas, no tomar en cuenta muchas veces a la persona como ser humano, como un conjunto mente, cuerpo y espíritu. La mayoría de especialistas jóvenes son prepotentes, individualistas, imponentes, abusivos, y no se dan cuenta de los errores que cometen."* Otro agrega: *"debe ser alguien que haya vivido una experiencia diferente al hospital, ya que hay personas tan acomodadas mentalmente al ambiente hospitalario... Lamentablemente, la vida del hospital sólo es un fragmento del sentido de la vida, hay que tener una perspectiva amplia, ubicada en el mundo. A veces por ausencia de ello se toman decisiones en forma incorrecta, inadecuada."*

Por otro lado, algunos pocos desconocían la existencia o función del Consejo Consultivo. *"No sé si existe en la institución, pero cualquier problema se resuelve a nivel de dirección"*, expresó un médico de la jornada vespertina.

En general, se percibió, durante las entrevistas, una preocupación importante, especialmente entre los médicos residentes, en cuanto al aspecto médico-legal de las

situaciones en que debe tomarse una decisión clínica. Así lo reflejan los siguientes comentarios:

Un residente del segundo año de Pediatría expresó lo siguiente en relación a un caso definido como muerte cerebral; *"...Algún jefe... le dice 'desconecte el ventilador', pero en esta situación nadie se quiere comprometer a hacerlo hasta que lo escriba formalmente ... y esa persona no lo quiere escribir; y al final, lo que se hace es que, por rango, se define quien lo va a hacer. Sin embargo, no lo hemos hecho hasta que no esté escrito por la persona que nos autoriza la situación."* Con sinceridad expresa que, al enfrentarse a un dilema, el criterio que rige para orientarse en su resolución *"Muchas veces lo que hace uno es que determina qué tanta consecuencia o daño... o problema le pueda traer eso a uno mismo, que en lo moral... Uno a veces define más el hecho de que consecuencias le puede traer a uno con jefes, con la familia, que más que lo que uno se deja llevar que es la moral..."* Por último, manifestó que la creación de un comité de ética hospitalaria *"es fundamental, para determinar lo más correcto y ético en una situación, y que no se quede únicamente, subjetivamente, en lo que así definan los jefes o compañeros, sin justificación escrita."*

También varios residentes de Gineco-Obstetricia se expresaron en esa línea. Uno de ellos, del tercer año, comenta: *"Una de las cosas que yo creo que debería de existir para los residentes...es que antes de ingresar a la institución debería de tomar un seguro donde se le apoyara al médico, con, por ejemplo, que tuviera acceso a abogados para ser apoyado en cualquier momento, en cualquier situación"*. Cuando se le preguntó a un residente IV acerca de si considera necesaria la creación de un comité de ética hospitalaria, respondió lo siguiente: *"Sí, pero más que un comité de ética hospitalaria, un comité que oriente al profesional sobre el marco médico legal en el cual está operando, bajo el cual está amparado. La moral que uno tiene al entrar a esta profesión va a responder adecuadamente a ciertas situaciones. Quizá, más necesaria es la instrucción médico legal."* Otro residente, en el segundo año de la residencia, respecto a la misma pregunta afirmó: *"Definitivamente, tanto para beneficio del médico como para el de los pacientes. Para evitar malos entendidos y actitudes o conductas no debidos en contra del personal médico..."*

VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

Al momento de analizar la información obtenida, es preciso recordar algunas limitaciones de este estudio:

En general:

Se reconoce que la información obtenida durante el estudio permite visualizar, en forma general únicamente, el panorama bioético en el que trabaja el personal médico del Hospital de Gineco-Obstetricia del IGSS. Puede existir una gran diferencia entre lo que se dice y lo que se hace, a pesar de que fue posible observar mucha seriedad y sinceridad en la resolución de los cuestionarios, así como en las entrevistas. También, en un trabajo de este tipo es muy probable que la información recabada dependa principalmente de la memoria a corto plazo, por lo que pueden haber quedado ocultas muchas experiencias relacionadas al tema de estudio. Es importante mencionar que, no obstante el estudio fue enfocado a conocer las vivencias en el ámbito hospitalario, fue necesario incluir información referente al ámbito privado, ya que resultaba interesante y complementario para el mismo.

En cuanto a los cuestionarios:

1- El solicitar la información acerca de la posición laboral y el sexo del médico participante, motivó que algunas pocas personas se sintieran cohibidas para expresarse abiertamente, ya que el dar tal información revelaría su identidad. Ello porque quizá la categoría laboral era reducida u ocupada por sólo una persona, o quizá se encontraba una única persona de determinado sexo en la categoría laboral. Debido a esto, en determinado momento se obvió la clasificación por sexo o una categoría laboral, para proteger el anonimato de dichos individuos.

2- La pregunta tres del cuestionario dirigido al departamento de Gineco-Obstetricia, la cual se diseñó para evaluar el caso de una paciente con indicación de aborto terapéutico, el cual es rechazado por ella. No obstante, el caso de una paciente con preeclampsia grave cuya presión arterial de 160/100 no disminuye a pesar de tratamiento médico, propuesto según los lineamientos descritos en el "Manual de Normas Hospitalarias del Hospital de Gineco-Obstetricia", publicado en octubre de 1996, no constituye, para algunos, una indicación para resolver el embarazo. Posiblemente en la práctica actual se permite mayor flexibilidad en el manejo, con tal nivel de presión arterial.

En cuanto a las entrevistas:

1- Muchos de los médicos entrevistados, no obstante muy prestos a colaborar, disponían de poco tiempo para la realización de la entrevista, lo que motivó que algunas de ellas resultaran superficiales.

Aspectos considerados en el estudio

Cuestionarios

A. Concepción sobre el inicio de la existencia del ser humano.

Prácticamente un 83% del personal médico del Hospital de Gineco-Obstetricia considera que el inicio de la existencia del ser humano se encuentra alrededor de la fecundación, ya que, según Langman (25): "La fecundación es la secuencia de acontecimientos que comienza cuando el espermatozoide y el óvulo entran en contacto, y finaliza con la fusión de los núcleos del espermatozoide y el óvulo y la integración de cromosomas maternos y paternos en la interfase de la primera división mitótica del cigoto." Aunque el primordio del ser humano lo constituye la célula diploide, es decir, una vez fusionados los pronúcleos masculino y femenino y entremezclados sus cromosomas, no se puede calificar como errónea la respuesta del 47.3% del personal médico que indicó que el inicio de la existencia del ser humano se da en el instante en el que el espermatozoide entra en contacto con la corona radiada del óvulo. En realidad, a partir de ese momento las reacciones biológicas impiden cualquier cambio y desencadenan la definitiva concepción por el espermatozoide seleccionado e indudablemente la formación del cigoto, primordio del ser humano. La opción "al iniciar la primera división mitótica del cigoto", denota también un instante más tardío de la fecundación.

Un 17% del personal, exclusivamente del departamento de Gineco-Obstetricia, escogió opciones que abarcan desde el momento de la implantación (opción E) hasta la existencia de latido cardíaco (opción G). Es conveniente recordar que la implantación se inicia a partir del sexto día de la fecundación, y termina al final de la segunda semana de desarrollo, mientras que el corazón primitivo inicia a contraerse al final de la tercera semana. Nadie escogió la opción "a los 14 días", la cual es muy cercana al momento en que se completa la implantación, ni las opciones que consideraban el inicio de la existencia del ser humano a las doce semanas de la concepción o después de éstas.

Es difícil interpretar estos datos, ya que no es posible elaborar con certeza el motivo por el cual se eligieron dichas opciones. Quienes consideran que el inicio de la existencia del ser humano se da al implantarse el producto de la concepción, representan a un grupo amplio de personas cuyo criterio es similar, aunque no se puede determinar si lo es por las mismas razones. Actualmente es muy aceptada esta concepción, derivada de las discusiones de tipo filosófico y jurídico, puesto que se considera que, una vez implantado el producto, ya existe un grado de desarrollo orgánico en el que se pueden reconocer estructuras funcionales propias del ser humano. En cuanto a aquellos quienes eligieron la opción G, aparentemente no existe vida hasta que se inicia la actividad orgánica generada por el ser en cuestión, tal como la existencia del latir cardíaco. Aún más, dos residentes sugirieron una respuesta adicional, en la cual consideran que inicia la existencia del ser humano

cuando es posible observar al embrión. Asumiendo que se refieren a observarlo ultrasonográficamente, la posibilidad más temprana implica el observar, mediante sonda vaginal, un saco embrionario de 2 mm de diámetro aproximadamente 10 días después de la implantación (15).

Si tales respuestas se debe a aspectos de formación, de información, de simples consideraciones personales o por desconocimiento, es algo que queda en la incertidumbre. Lo cierto es que la mayoría de quienes eligieron estas opciones se encuentran en el nivel de residencia, y que aunque algunos especialistas también la consideraron, ningún jefe de servicio la tomó en cuenta. Podría ser que estos médicos se vean influenciados por el positivismo, y se conforman sólo con pruebas que les puede ofrecer, en forma relativamente temprana, la tecnología moderna. En cambio, para quienes tienen mayor tiempo de práctica en la especialidad, quizá por aspectos formativos, se reconoce que hay vida humana desde la fecundación, sin exigir pruebas para ello.

Questionario dirigido al Departamento de Gineco-Obstetricia

B. Practicar o no practicar un aborto a una paciente joven cuyo embarazo es resultado de una violación.

La gran mayoría de los miembros del personal médico del departamento de Gineco-Obstetricia refieren que no practicarían un aborto a una paciente cuyo embarazo es resultado de una violación. Ello coincide con las razones ofrecidas por varios de ellos, en las cuales prevalece que el hecho está en desacuerdo con sus principios o convicción personal, sean éstos de índole moral o religioso. También refieren principios relacionados al campo profesional, definidos como ética. Es una justificación importante el hecho de que no se realizaría tal aborto puesto que es ilegal. La razón que define que sería asesinato o criminal realizarlo, puede haber surgido tanto del sentido moral como del sentido legal de la situación.

Estos resultados parecen indicar que, para un gran porcentaje, la situación no representa un dilema ético, puesto que está claramente demostrado el respeto a la vida, sea ello por principios morales o temor a las consecuencias legales. En relación a lo expuesto por Rushworth, esta situación refleja más bien una tentación moral. Sin embargo, entre aquellos que respondieron que no realizarían dicho aborto porque es ilegal, no es posible conocer si, ante la ausencia de la ley que lo prohíbe, lo

harían.

Si fuera así, ello denotaría aquel 'viejo enfrentamiento entre legalidad y moralidad' descrito entre los dilemas posibles en la práctica médica.

Únicamente seis personas manifestaron que tratarían de persuadir a la joven, pero si ella insistía, le practicarían el aborto. Dos de las razones mencionadas para hacerlo, muestra una apertura hacia la práctica del aborto cuando el producto es no

deseado, y el continuar un embarazo pueda significar problemas sociales, psicológicos, físicos, económicos, espirituales o emocionales para la joven. Esto pone de manifiesto que, el sentido pragmático de evitar una carga social, o quizá hasta de evitar sufrimiento al producto no deseado, y de compasión, respectivamente, prevalezcan incluso sobre lo legal. Una tercera razón ofrecida parece controversial, ya que apoya la idea del "no aborto", y suscita la sospecha de si se tomó la opción equivocada.

Es interesante notar que quienes harían el aborto a dicha paciente, ante su insistencia, son todos del sexo masculino, y nuevamente no hay ningún jefe de servicio entre ellos. Ello indica que ninguna médica consideró suficiente causa el hecho de que el embarazo fuera producto de violación, para regirse por la compasión más que por sus principios o respeto a la ley.

C. Caso en que existe indicación para realizar un aborto terapéutico a una paciente quien lo rechaza.

En esta pregunta se experimentaron algunos problemas secundarios al planteamiento de la misma. Primeramente que para algunos, el caso de una paciente con preeclampsia grave y con presión de 160/100 que no cedé ante el tratamiento médico, no constituye una indicación para resolver el embarazo. En segundo lugar, en la primera opción de la pregunta se habla de obtener un "consentimiento informado" para rehusar el aborto terapéutico. Algunos hicieron la observación de que dicho término implicaba que la paciente se sometería al procedimiento, y no se maneja en el contexto de un documento de descargo, como era intencionado. No obstante, el personal médico en general, obvió tales discordancias y asumió la situación propuesta por el caso, con la intención original, de manera que el objetivo a evaluar por la pregunta no se invalidó.

Se encuentra que el 74% del personal médico del departamento de Gineco-Obstetricia, principalmente basados en el respeto a la voluntad, decisión y autonomía de la paciente, le brindarían tratamiento de sostén y no pretenderían presionarla a efectuarse un aborto terapéutico (lo cual denota una relación médico-paciente responsable). Según lo detectado a través de las entrevistas, el aborto terapéutico es el dilema ético mayormente sentido por los médicos entrevistados, aunque algunos refieren que tales casos son muy raros. Sin embargo, ello no impide que se dejen de efectuar dicho tipo de abortos. Se percibe, desde el punto de vista institucional, la prevalencia del criterio del beneficio materno, cuando no es posible salvar ambas vidas, por lo que, cuando es necesario, no se duda en efectuar un aborto terapéutico (ver las entrevistas).

En cuanto a quienes manifestaron que pedirían la opinión del esposo y actuaría conforme a ella, la mayoría dejó entrever que la razón de ello es informar a ambos, padre y madre, recalcando la importancia de la participación del esposo en la toma

de decisiones. En este sentido, no se resta importancia o validez a la voluntad de la paciente.

Tres médicos asumirían, en el caso en el que la paciente rehúse un tratamiento indicado para ella (aborto), una actitud paternalista o prepotente; puesto que dos de ellos darían de alta a la paciente en vista de que no acata la decisión médica, y uno de ellos la considera con insuficiente competencia mental para tomar decisiones en ese momento, ya que preferiría perder su vida para intentar salvar la vida del hijo; por ello recurriría al esposo, y actuaría conforme a lo que él disponga. Asimismo, un médico residente, con el respaldo de tres opiniones médicas que apoyaran la decisión de efectuar un aborto terapéutico, refiere que resolvería el embarazo. Estas actitudes muestran que, ante la diferencia entre la voluntad de la paciente y el criterio médico, ésta se presiona (con un darle de alta) o se elimina, o sencillamente se ignora.

D. Violación o no violación del secreto profesional, cuando hacerlo podría significar un beneficio.

Una de las preguntas del cuestionario que mayor problema causó fue la de revelar o no al esposo de una paciente, contra la voluntad de la misma, el hecho de que ésta se encuentra infectada de VIH.

Se observa que, mayormente entre quienes ya llevan muchos años de experiencia en la especialidad, es más aceptado el transgredir el secreto profesional con el fin de evitar un posible daño (infección) o intervenir lo más tempranamente posible para proporcionar tratamiento al esposo infectado, así como para procurar evitar la diseminación de la enfermedad. En este caso, tales médicos denotan un pensamiento de tendencia utilitarista, ya que se trata de hacer aquello que convenga al mayor número de personas. Asimismo, su criterio está de acuerdo con el que Calabuig (9) expone, y que es el que, dentro del matrimonio, en caso de existir una enfermedad contagiosa, principalmente si es de transmisión sexual, el médico es libre de advertir al cónyuge sano sobre el peligro que corre, con o sin el consentimiento de la paciente, pero buscando siempre el bien de la sociedad, procurando que los beneficios sean mayores que los daños.

El 48% del personal médico que opinó en favor de no divulgar dicho secreto, podría aferrarse a un pensamiento categórico de seguir los principios más elevados (guardar el secreto profesional, o respetar la opinión de otros), o quizá a un pensamiento solidario de "haz lo que quisieras que los demás hagan contigo". En este último razonamiento podrían verse reflejadas la casi totalidad de médicas cuestionadas, que en su mayoría se inclinaron por no divulgar el secreto.

D. Practicar o no un aborto eugenésico

En este caso encontramos, al igual que en la pregunta anterior, una fuerte disyuntiva en las respuestas. Aquí es importante recordar que la rubéola es un

teratógeno potente, especialmente durante el primer trimestre del embarazo. No obstante, los efectos más comunes de tal enfermedad no son detectables por medio de ultrasonido, como lo son las lesiones oculares (cataratas, glaucoma, microftalmía) y sordera neurosensorial; las otras lesiones comunes se localizan a nivel cardíaco (defectos septales, estenosis de la arteria pulmonar), las cuales podrían ser detectadas mediante esa técnica. Otros posibles efectos, aunque menos frecuentes, son: retraso del crecimiento fetal, defectos del sistema nervioso central, alteraciones óseas.

Están quienes denotan una apertura al hecho de efectuar un aborto eugenésico (con anomalías constatadas), y quienes definitivamente se negarían a tal solicitud categóricamente.

Los primeros privilegian el bienestar de la madre y posiblemente actúan en aras de compasión por su situación, o quizá también por la del niño. No obstante, por ello podrían estar dispuestos a sacrificar la vida de un ser que, aunque presente limitaciones físicas o mentales, tiene derecho a la vida. Con ocho semanas de gestación, para todos los médicos cuestionados, según sus respuestas en la primera pregunta, ya existe un ser humano en el producto de la concepción. Es posible también que la elección de esta opción podría haberse utilizado como una evasión temporal del problema, en espera de que no se constaten anomalías o de que la madre cambie de opinión.

Por otro lado, quienes se negarían a hacerlo, muestran una tendencia de pensamiento categórico, y defienden el principio bioético primordially que es la vida física del producto de la concepción, aunque padezca anomalías.

Entre los entrevistados, el segundo dilema ético de mayor importancia referido, era el de considerar, ante una solicitud, la realización de un aborto eugenésico. Algunos fueron muy claros al especificar que consideraban que un aborto eugenésico podría ser beneficioso, pero limitándose a anomalías incompatibles con la vida, en las cuales el pronóstico es siempre la muerte del niño; y la principal razón que motivaba esta idea era la búsqueda del bienestar de la madre, ya fuera para evitarle futuras complicaciones potenciales del embarazo, o la dificultad psicológica que implica el llevar un embarazo de esta naturaleza a término.

Aquí conviene recordar la posición legal, y por ende institucional, en la cual se prohíben los abortos por presentar anomalías el feto, aunque sean incompatibles con la vida. Quizá esto constituiría restricción para el actuar de quienes considerarían evaluar un aborto eugenésico al constatar anomalías.

Observando el cuadro # 7, en el cual se comparan las posibles formas de actuar del personal médico ante las posibilidades de un aborto terapéutico, un aborto de un producto resultado de violación, y un aborto eugenésico, se encuentran algunos aspectos interesantes. En primer lugar, un 40% del personal médico del departamento de Gineco-Obstetricia cuestionado, coincide que realizar un aborto eugenésico es incompatible con sus principios, al igual que no haría el aborto a una paciente cuyo embarazo es producto de violación aunque ésta insistiere, y tampoco presionaría a la mujer que rechaza el aborto terapéutico a que se lo realice. En este

grupo las respuestas son consistentes, y muestran una tendencia a respetar la vida y la autonomía del ser humano, así como una conciencia moral firme, al menos en las circunstancias estudiadas.

Por otro lado, están quienes dejan abierta la posibilidad de evaluar un aborto eugenésico, pero no realizarían un aborto a una paciente cuyo embarazo es producto de violación. Aunque en ambos casos la situación de la madre podría evocar compasión, probablemente parezca más justificable realizar un aborto en el caso en que el niño presenta anomalías, ya sea por evitar una carga social o mayor sufrimiento al niño, juzgando la calidad de vida del mismo. Para quienes eligieron de esta manera, la vida física no es un principio absoluto, sino que puede violarse según las condiciones. Aquí también se incluye a la mitad de quienes, restando importancia a la autonomía de la paciente o actuando en forma paternalista o prepotente, procuran el aborto en el caso en que éste está indicado para beneficio de la salud materna.

La mayor parte de quienes practicarían, ante la insistencia, un aborto a la paciente cuyo embarazo es producto de violación, también están de acuerdo en evaluar un posible aborto eugenésico, quizás motivados por un sentimiento de buscar el bienestar de la misma. Estos médicos demuestran que en sus consideraciones pesa mucho la voluntad de la paciente, y se corrobora en que la mayoría de ellos apoyarían, brindando tratamiento de sostén, a la paciente cuyo deseo es continuar el embarazo a pesar de la indicación existente de un aborto terapéutico.

Dichas consideraciones, que conllevan apertura a la violación, bajo ciertas condiciones, del valor bioético fundamental que es la vida, podría denotar una desensibilización o deformación de la conciencia moral de dichos individuos, promovida por el ambiente físico o cultural de nuestra época.

Algo que creo conveniente mencionar, es el hecho de que en múltiples ocasiones, los médicos entrevistados se refirieron a un aborto terapéutico como a aquel en el que se busca hacer el legrado de un producto que presenta anomalías, lo cual en realidad corresponde a un aborto eugenésico. Por lo tanto, en tales casos, se maneja mal dicho término.

E. Opinión acerca de la necesidad o no de crear un comité de ética hospitalaria

La mayor parte del personal médico, tanto del departamento de Gineco-Obstetricia como del servicio de Neonatología, consideran necesaria la creación de un comité de ética hospitalaria, según lo demuestran las respuestas en el cuestionario y en las entrevistas.

En realidad, en el Hospital de Gineco-Obstetricia funge el denominado "Consejo Consultivo", el cual, como su nombre lo dice, es un ente hacia el cual se refieren los casos difíciles, o fuera de lo común, en los que se debe tomar una decisión importante o trascendental, para la madre o el feto. Para ello, se reúnen los

jefes de departamento, jefes de servicio, y las autoridades directivas, discuten el caso y toman las decisiones respectivas.

No obstante tal Consejo tiene la función consultiva que puede incluir problemas relacionados con la ética, carece de las funciones normativa y educativa que ordinariamente forman parte de comités de dicha naturaleza. Incluso debe aquí recordarse lo expresado por unos residentes, particularmente del tercer año, grupo en el cual también se encuentra la mayor inclinación encontrada hacia la no creación de tal comité; y es que no se toman en cuenta, en las decisiones, a las personas que se encuentran en el servicio involucrado, y no se les participa las bases o normas sobre las cuales se tomó una decisión determinada.

Sin embargo, para varios que fueron de la consideración de que no es necesaria la creación de un comité de ética hospitalaria, el motivo de ello es porque el Consejo Consultivo abarca en forma suficiente las necesidades de la institución.

Por otro lado, muchos que reconocieron la eficiencia del Consejo Consultivo y no dudaron en expresar que dicho ente se rige con ética, manifestaron que sería mejor contar con un comité de ética hospitalaria designado como tal específicamente, del cual se esperaría que tuviera funciones:

-Consultiva: para análisis de casos que no están contemplados en los protocolos, de manera que se obtenga la mejor solución; esto según lo opinado 14/ 35 entrevistados que ofrecieron su opinión en cuanto a la razón por la cual cree que si es necesaria la creación de un comité de ética hospitalaria.

-Formativa: Promocionar el aprendizaje y orientación, principalmente de los residentes, en base a los casos experimentados. Además promover el respeto a los derechos del ser humano y conscientizar acerca de la mejor relación entre los médicos de la institución.

-Normativa: Creación de normas para el manejo de casos, principalmente.

Hay quienes apoyan la creación de un comité de ética hospitalaria porque ven en él la posibilidad de un ente que los apoye, y que, en el aspecto legal, les sea un respaldo ante la toma de ciertas conductas. Este hecho, junto con muchos de los comentarios recibidos durante las entrevistas, principalmente entre los residentes, llama a una mayor atención al aspecto médico legal dentro del ámbito hospitalario. Así lo demostraron algunas respuestas en las entrevistas, en las cuales se hace notar la necesidad de mayor apoyo legal, así como de instrucción y orientación acerca del marco médico-legal en el cual se está operando, incluso en forma más urgente que un comité de ética hospitalaria.

Cuestionario dirigido al Departamento de Pediatría/ Servicio de Neonatología

F. Caso de recién nacido hijo de Testigos de Jehová que rehúsan transfusión sanguínea necesaria para éste.

En este caso, el recién nacido, además de cursar con una Enfermedad de la Membrana Hialina severa, presenta anemia e hipotensión, lo cual hace más sombrío su pronóstico. El niño no cuenta con una adecuada perfusión pulmonar, la cual podría mejorarse mediante una transfusión; y dado que la decisión de los padres de que no se le efectúe una transfusión al recién nacido sería respetada por el 100% del personal médico del servicio de Neonatología, las probabilidades de vida del niño son muy escasas, a pesar de cualquier tratamiento brindado.

En este sentido, el ofrecer a este recién nacido soluciones IV y soporte ventilatorio, posiblemente serviría sólo para postponer el momento de la muerte. No obstante, esta sería la conducta tomada por poco más de la mitad del personal médico del servicio de Neonatología, mientras que otro alto porcentaje agregaría a ello la administración de surfactante. Sin la mejoría del nivel de hemoglobina circulante, este tratamiento podría considerarse fútil, puesto que persistiría la hipoxemia y la hipercapnia, fomentando un círculo vicioso de mayor dificultad respiratoria que provoca la muerte. A pesar de ello, todos los médicos decidieron tomar alguna acción, cualquiera que fuere, ofreciendo al niño los recursos aceptables para sus padres.

Para el grupo de médicos cuestionados prevalece el principio de libertad de elección y responsabilidad de los padres sobre el derecho de la vida física del niño. No obstante, desde el punto de vista ético, prima este último, y no se puede decidir la terminación de la vida en base a la libertad de elección o una creencia religiosa. En cuanto al médico, la obligación de defender la vida debería de llevarlo a buscar recursos que le permitan actuar en defensa de la vida física en estos casos, principalmente desde el punto de vista legal.

G. Caso de recién nacido con Síndrome de Down y atresia duodenal, cuyos padres rechazan el tratamiento quirúrgico.

En este caso, una intervención quirúrgica correctiva de la atresia duodenal es la única posibilidad de supervivencia del niño, y con buen pronóstico. Ante la negativa de los padres, dos médicos respetaron su decisión y solicitaron un documento de descargo, con lo cual se libera de responsabilidad legal a los mismos de la muerte segura del paciente al no recibir tratamiento. La mayor parte del personal médico, quizá albergando la esperanza de que los padres cambiasen de opinión, brindarían al niño alimentación parenteral o soluciones intravenosas, con lo cual lo mantendrían con vida, al menos temporalmente. Si el caso fuera que los padres no cambiaran de opinión, dicha acción también sería meramente una

postergación de la muerte del niño; y desde el punto de vista económico, una utilización fútil de recursos. Aunque ciertamente dichos médicos no analizan su actuación en base al punto de vista economicista, tampoco aseguran que su actuar va a resultar en un beneficio del niño.

Un 37.5% del personal médico buscaría la forma de brindar el tratamiento quirúrgico al recién nacido, sea ello mediante la obtención de custodia por parte del juzgado, o asumiendo responsabilidad de la intervención (actitud paternalista). En este caso prevalece la motivación de la defensa de la vida física del niño, el cual, a pesar de las anomalías que presente, tendría un buen pronóstico de vida tras la cirugía. Sin embargo, las implicaciones médico-legales no dejan de influenciar la toma de decisiones, y se busca un respaldo legal antes de asumir la responsabilidad por el bienestar del niño, contradiciendo la autonomía de los padres. Sólo una persona mostró disposición a actuar agresivamente por su convicción moral, asumiendo la responsabilidad legal.

Al igual que en el caso anterior, la mayor parte del personal médico del servicio de Neonatología favorecería la autonomía de los padres sobre la defensa de la vida del recién nacido. En estos casos, ante el desamparo legal, se asume una actitud pasiva que va en detrimento de la bioética.

H. Caso de recién nacido prematuro que requiere de ventilación mecánica, y para el cual no hay ventilador disponible.

Según lo demuestran las respuestas a esta pregunta, se respeta la oportunidad de vivir de un niño, aunque tenga mal pronóstico o se le pueda juzgar una baja calidad de vida futura, por ser prematuro y presentar un mielomeningocele. En este caso, al presentarse un niño con mejor pronóstico, o para quien se le pueda juzgar una mejor calidad de vida futura si sobrevive, únicamente un médico residente de Neonatología actuaría en forma agresiva y no acorde a la ética, truncando las posibilidades de vida del recién nacido a quien le quitaría el soporte ventilatorio para ofrecérselo a otro.

Aunque resulte difícil brindar poco a un niño que, en otras circunstancias tendría muy buen pronóstico con un ventilador mecánico, se busca defender su vida física mediante ventilación manual, pero respetando a su vez la vida de otros para lograrlo.

I. Caso de recién nacido prematuro séptico

En primer lugar, con los medios disponibles en Guatemala, un recién nacido de 26 semanas de vida podría considerarse en el límite de la viabilidad. Su peso, de 530 gramos, supera únicamente por 30 gramos el límite que imponen otros países para brindar un intento terapéutico para la supervivencia del niño. De tal manera que, asociando este hecho a la sepsis con que cursa el niño, las posibilidades de

supervivencia de éste son prácticamente nulas, y la calidad de vida futura es una delicada consideración. No obstante, un 75% de los médicos del servicio aún ofrecería un tratamiento con todos los recursos disponibles, incluyendo soporte ventilatorio, surfactante y antibióticos. Este actuar posiblemente sea motivado por el deseo de la supervivencia del niño, a pesar de todos los elementos contrarios, sea ello por la obligación ética del médico, la experiencia obtenida en casos previos, o quizá por las creencias religiosas. En este grupo se incluyen los cuatro neonatólogos del servicio, cuya experiencia en esta subespecialidad es mayor. También es importante agregar que la creencia en Dios fue más perceptible, durante las entrevistas, entre el personal de este servicio, en comparación con el de Gineco-Obstetricia; aunque esta percepción podría estar influenciada por el hecho de que es un grupo más pequeño.

Por otro lado, un 25% del personal médico brindarían al niño tratamiento de sostén pero no asistencia respiratoria, con lo cual el niño fallecería en poco tiempo. Este porcentaje de médicos que opinó en forma distinta, permite cuestionar la proporcionalidad terapéutica del caso, lo cual se complementa con la siguiente pregunta.

J. Indicación de finalizar un tratamiento en el caso del recién nacido prematuro séptico.

Alrededor del caso anterior es necesario evaluar el concepto de "proporcionalidad terapéutica". Ante distintas opciones propuestas para considerar como indicaciones de finalizar el tratamiento ofrecido al recién nacido prematuro, sólo un médico aceptaría, para hacerlo, el primer paro cardio-respiratorio. Por el contrario, el 60% de los médicos, contando entre ellos los más experimentados (neonatólogos y residentes de neonatología), insistirían en la supervivencia de este niño, a pesar de un paro cardio-respiratorio o evidencia clínica de muerte cerebral. Ello puede relacionarse a varios argumentos en los que se refiere que no se tiene derecho a quitar la vida de un ser humano, o manifiestan que sólo Dios tiene la potestad para hacerlo. Podría ser también una actitud paternalista, o un sentido de obligación desde el punto de vista de ética profesional o de conciencia, bajo la cual debe procurarse el preservar la vida a toda costa.

Este es un asunto verdaderamente difícil, puesto que al exigirse al médico el preservar la vida se le considera un fracaso cuando ocurre la muerte a un paciente bajo su cargo, y no un hecho natural que puede ocurrir en ocasiones, a pesar de los mejores intentos terapéuticos. Por lo tanto, puede percibirse una tendencia al enañamiento terapéutico en la que no se detiene el tratamiento de este niño, apenas en el umbral de la vida, ante un primer paro cardio-respiratorio o incluso ante signos de muerte cerebral.

A este respecto cabe recordar unas palabras de Spinsanti (49-A), en las cuales menciona que la lucha que se debe librar contra todo lo que limita al hombre, no debe llevarse al exceso opuesto de una ética heroica. Continúa: "Esto debe superar

el dilema lucha-aceptación, porque ambas actitudes tomadas separadamente llevan a una ética deformada. El dilema no se resuelve negando uno de los términos, sino haciendo coexistir las dos dimensiones en una única actitud... frente a la enfermedad."

La única persona que manifestó que, ante la solicitud de los padres finalizaría el tratamiento ofrecido cuando el niño presentase signos clínicos de muerte cerebral, concede mucho peso a la voluntad de los padres, y actúa dentro del marco de la legalidad, por la definición de muerte como muerte cerebral. Desde el punto de vista ético, dicha acción también resulta válida, considerando una eutanasia pasiva, en la que existe aceptación de la muerte por la propia enfermedad de la persona, o en este caso por su inmadurez, y se evita el enañamiento terapéutico sólo por dar la impresión de eficiencia.

Entrevistas

Con respecto a las entrevistas, es importante recalcar algunos aspectos observados entre las respuestas a las tres preguntas realizadas.

A. Dilemas Éticos

El dilema ético mayormente referido por el personal médico del departamento de Gineco-Obstetricia, la resolución de un embarazo no a término para salvaguardar la salud materna (aborto terapéutico), representa una preocupación principalmente a nivel de residencia (9/21 residentes entrevistados lo manifestaron como primera opción). También fue de este grupo el mayor porcentaje de quienes refirieron no haber tenido dilemas éticos durante su tiempo de práctica. Estas opiniones reflejan posiblemente que el acercamiento a la especialidad de la Gineco-Obstetricia no ha sido, para algunos, lo suficiente aún como para experimentar dilemas éticos en el campo, y para otros, principalmente a partir del segundo año de residencia, lo delicado y difícil que resulta la decisión de un aborto terapéutico. El hecho de que posteriormente entre los especialistas este dilema no sea referido con igual intensidad, podría significar una desensibilización al mismo a través de los años de práctica.

Algunos médicos residentes fueron quienes refirieron como dilema ético el informar a una paciente sobre un diagnóstico que presenta un mal pronóstico, o resulta incurable. En realidad esto no es exactamente un dilema ético, más bien es una situación difícil en la cual quienes la refirieron estaban convencidos de su deber de informar la verdad a la paciente.

Entre los especialistas y los jefes de servicio, se refirieron variadas situaciones que en parte reflejan experiencias de la práctica privada; pero como los más importantes, fueron referidos con igual consideración el caso del aborto terapéutico y el de un aborto eugenésico. En este grupo, el aborto eugenésico cobra proporcionalmente más importancia que en otros grupos, quizás debido a que éste es una posibilidad que ha crecido conforme a la tecnología del diagnóstico prenatal y se le ha dedicado gran atención, siendo un tema actualizado constantemente.

El tercer dilema ético referido con mayor frecuencia es el que se presenta ante la solicitud de realizar un aborto, puesto que el producto es no deseado. En este caso, quizá la situación es una de justicia vs. compasión, o de individuo vs. comunidad, al considerar el derecho del feto a la vida con respecto a una situación precaria de la madre, o al interés implícito del niño por vivir contra el interés de otros individuos cuyas vidas ya establecidas podrían verse afectadas por este nuevo ser, incluyendo la anticipación de que el niño podría convertirse en una carga social. No obstante, es importante mencionar que muchos de quienes refirieron esta situación, manifestaron a su vez una posición ya definida y firme en cuanto a no practicar tal aborto.

Al realizar las entrevistas, fue posible percibir que los residentes tienen en general cierta comodidad para expresar libremente un criterio quizás divergente al de sus superiores, respecto a un caso. Sin embargo, si se toma a nivel superior una decisión que está en desacuerdo con los propios principios, algunos tienden a acatarla o a llevar a cabo la acción implícita. Ello podría significar temor (infundado o no) ante la posibilidad de que los intereses académico-profesionales del médico puedan verse afectados, viéndose en cierta forma presionados a asumir el acto, o por un sentimiento de responsabilidad para un acto que quizás desconoce puede rechazar.

B. Orientación para resolver los dilemas éticos

En general, se acude a un colega de mayor experiencia o rango superior al propio cuando se trata de resolver un dilema ético. En el caso de los residentes, ello se debe principalmente al protocolo establecido, y al hecho de que una persona de mayor autoridad asuma las responsabilidades médico-legales que puedan estar implícitas en el asunto a resolver.

Pero dejando de lado los protocolos y el aspecto médico-legal, la base principal sobre la que actúan cotidianamente los médicos son los principios recibidos durante su formación humana y ciudadana, en algunos casos notoriamente profundizados desde el punto de vista religioso, otros legal, y otros con respecto a la propia conveniencia. También en pocos casos se ejemplificó un subjetivismo moral, en el que se obvian normas generales de conducta (e incluso personales con respecto a religión u otras creencias) y rige la conciencia de cada quien, según la realidad que se esté viviendo.

C. Formación de un Comité de Ética Hospitalaria

El aspecto médico legal es relevante para el personal médico del Hospital de Gineco-Obstetricia del IGSS. Mientras que para unos pocos constituye una restricción con respecto a lo que permitiría su conciencia, para la mayoría la ley está acorde a su opinión personal, incluyendo la aceptación del aborto terapéutico en ciertos casos. No obstante, para todos es un aspecto preocupante la posibilidad de verse involucrado en un problema médico-legal, lo cual genera temor que influye en

la toma de decisiones y acciones, en las cuales un factor primordial es "cubrirse las espaldas". Debido a que esto es más probable que ocurra cuando las situaciones deben manejarse a nivel de uno o pocos individuos, el Consejo Consultivo ya formado es una forma de compartir la responsabilidad, como alguno lo refirió. La formación de un comité de ética hospitalario, que fue considerada necesaria por la mayoría de los médicos, probablemente disminuiría la tensión del caso y permitiría un análisis objetivo del mismo, procurando el mayor beneficio del paciente; y quizá por ello algunos refirieron que éste "sería un apoyo", especificando en ocasiones que sería idóneo porque tendría solvencia legal para actuar.

IX. CONCLUSIONES

A través de los diversos criterios estudiados, se pudo observar que existe una conciencia moral consistente con los principios bioéticos en gran parte de los médicos que participaron, pero es incipiente, y muy marcado en pocos casos, un resurgimiento del relativismo y subjetivismo en el aspecto moral, lo cual podría llevar a la caída de los valores centrales ante el interés personal. No obstante, es posible que la intuición y el raciocinio éticos lleven a conclusiones firmes en dirección de la bondad, el mérito y la dignidad.

1. En cuanto al primer aspecto del estudio, el 83% del personal médico del Hospital de Gineco-Obstetricia del IGSS considera que el inicio de la existencia del ser humano se da en alguna de las fases de la fecundación, siendo la más referida el momento en que el espermatozoide entra en contacto con la corona radiada del óvulo. Por otro lado, un 17% de los médicos, todos del departamento de Gineco-Obstetricia, reconocen como instantes en que inicia la existencia del ser humano el momento de la implantación, el inicio del latido cardíaco, o cuando ya es posible observar el embrión. La razón de la divergencia de concepciones no puede establecerse con certeza, ya que podría ser resultado de fuentes de información distintas, influencias durante la formación, determinaciones personales o desconocimiento.
2. Al analizar el actuar que teóricamente tendría cada miembro del personal médico de los departamentos de Gineco-Obstetricia y de Pediatría, específicamente del servicio de Neonatología, ante los distintos casos clínicos presentados, es posible hacer las siguientes observaciones.

Respecto al personal médico del departamento de Gineco-Obstetricia:

- A. Se evaluaron tres casos en relación al aborto, sea porque el producto fuere no deseado (por ser resultado de violación o por presentar anomalías) o ante la necesidad de realizarlo para salvaguardar la salud materna (aborto terapéutico). Por medio de los criterios referidos por los médicos en cada caso, se pudo determinar que aproximadamente un 36% de ellos se negaría desde un principio a realizar el aborto de un feto producto de una violación o que presentara anomalías, y respetaría la voluntad de una madre que rechaza el aborto terapéutico. Este grupo refleja una conciencia moral más consistente con los principios bioéticos y más congruente, en comparación a aquel (42.8% del personal estudiado) en el cual se podría considerar un aborto eugenésico si se constatan anomalías en el feto, pero no lo haría si el producto es no deseado por ser resultado de una violación; lo cual denota más bien un

relativismo moral, considerando violables principios bioéticos en relación al derecho a la vida y dignidad de un ser humano. Por otro lado, un pequeño porcentaje de médicos (6.5%) estaría de acuerdo en realizar el aborto a la paciente cuyo embarazo es producto de violación, así como estarían dispuestos a evaluar un aborto eugenésico si se constatan anomalías en el feto, lo cual está categóricamente en contra del principio bioético fundamental de la defensa de la vida física. En estos últimos dos grupos, predomina también el respeto a la autonomía de la madre que rechaza el aborto terapéutico (aunque en general se está de acuerdo con el mismo), y es consistente con que para ellos predomina la libertad de elección de ésta, incluso sobre la vida del feto.

- B. Ante la disyuntiva de revelar un secreto profesional en beneficio del cónyuge de la paciente, tratándose de una enfermedad sexualmente transmisible, poco más de la mitad del personal médico lo haría (52%), incluyendo la mayor proporción de especialistas y jefes de servicio, con lo cual manifiestan una prioridad de la beneficencia comunitaria sobre la individual. Por otro lado, un grupo de casi igual magnitud optó por negarse a hacerlo, respetando la autonomía de la paciente y valorando mayormente el beneficio del individuo sobre el comunitario, bajo la obligación de guardar el secreto profesional. En este último grupo se encuentran la mayoría de médicas que respondieron al cuestionario, por lo que cabe considerar que en algunos casos la respuesta también sea resultado de un pensamiento de tipo solidario.

Con respecto al personal médico del departamento de Pediatría/ Servicio de Neonatología, se pudieron realizar las siguientes observaciones.

- A. En circunstancias en las que está de por medio una disposición paterna de negativa al tratamiento, que suscite el dilema del respeto a ésta sobre la defensa de la vida física de un recién nacido (que implicaría la asunción de un papel paternalista del médico), prevalece la primera. Sin embargo, cuando el dilema se enfoca en justicia distributiva de recursos de soporte vital cuando éstos son escasos, se respeta la vida independientemente de la calidad de ésta que sea posible anticipar.
- B. Debe notarse que, entre el personal médico del servicio de Neonatología estudiado, la actitud de lucha por preservar la vida prescinde en su mayor parte de las consideraciones economicistas correspondientes y se enfoca más en los aspectos bioéticos implicados. En los casos en los que existe alguna oposición paternal al tratamiento, se ofrecen medidas de sostén de dudoso beneficio para el niño, pero la actuación de los médicos no puede ser mayor sin el amparo legal. Por otro lado, se encuentra que este afán

por salvaguardar la vida puede prolongarse más allá de lo necesario, tendiendo a un ensañamiento terapéutico.

3. Los principales dilemas éticos referidos por el personal médico del departamento de Gineco-Obstetricia giran en torno al aborto. Primeramente se encuentra el caso del aborto terapéutico, el cual es proporcionalmente referido con mayor frecuencia entre los médicos residentes. En segundo lugar, la solicitud de evaluar un aborto eugenésico, el cual adquiere un rango de mayor importancia entre los especialistas, aunque es también referido en forma secundaria por los residentes. En tercer lugar, la solicitud de realizar un aborto por un producto sano no deseado (o "aborto criminal"), ante razones que pueden ser válidas y convincentes por parte de la madre; éste se presenta con frecuencia durante la atención en el servicio de Emergencia, según lo refieren varios residentes, mientras que los especialistas lo observan mayormente durante la atención en la clínica privada.
4. No obstante en el Hospital de Gineco-Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social funge el Consejo Consultivo, el cual abarca funciones consultivas de un comité de ética hospitalaria (y en forma eficiente y satisfactoria para gran parte del personal), casi la totalidad de médicos de dicha institución está de acuerdo en que es necesaria la creación de tal comité, principalmente para asumir el análisis y orientación de conductas en los casos que no son contemplados en los protocolos, pero también para crear normas y procurar la formación del personal médico, especialmente del grupo de los residentes.

Además, el aspecto médico legal es una preocupación relevante para el personal médico del Hospital de Gineco-Obstetricia del IGSS. Respecto a ello, la formación de un comité de ética hospitalario fue favorecida por la mayoría, ya que les relevaría de responsabilidad legal, o al menos ésta sería compartida, ya que dicho comité tendría solvencia legal para actuar.

X . RECOMENDACIONES

- Formar un Comité de Ética Hospitalaria, con funciones principalmente consultivas, normativas y formativas, no sólo en el Hospital de Gineco-Obstetricia y otros hospitales del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, sino en toda entidad hospitalaria, principalmente si funge como hospital-escuela.
- Dirigir, a través de dicho comité, o a través de algún componente docente, un esfuerzo para la formación y orientación del personal médico en el aspecto bioético, principalmente a los residentes de una especialidad.
- Incluir, en el programa de formación del personal médico del Hospital de Gineco-Obstetricia, segmentos de orientación e instrucción acerca de aspectos médico-legales de la práctica médica hospitalaria.
- Implementar, a nivel de pregrado en la facultad de Ciencias Médicas, un curso de Bioética, puesto que muchos dilemas éticos se experimentan desde la fase de estudiante de Medicina o residente de alguna especialidad.

XI . RESUMEN

Nuestra ética determina la forma como participamos en la comunidad que nos rodea, a la vez que permite en nosotros la construcción de sólidos estándares y prácticas. Requiriendo de nosotros el ser imparciales, también exige que nos comprometamos--es decir, que tengamos un punto de vista.

El objetivo general del estudio consistió en conocer el criterio de los miembros del personal médico de los departamentos de GinecoObstetricia y de Pediatría (Neonatología) que laboran en el Hospital de GinecoObstetricia del IGSS, en cuanto a algunos fundamentos bioéticos, así como su experiencia acerca de los dilemas éticos más sentidos por ellos en la práctica de la atención médica hospitalaria.

A través de los diversos criterios estudiados, se pudo observar que existe una conciencia moral consistente con los principios bioéticos, en gran parte de los médicos que participaron, pero es incipiente (y muy marcado en pocos casos) un resurgimiento del relativismo y subjetivismo en el aspecto moral, lo cual podría llevar a la caída de los valores centrales ante el interés personal. No obstante, según lo demostró el interés ante el tema del estudio, es posible que la intuición y el raciocinio éticos lleven a conclusiones firmes en dirección de la bondad, el mérito y la dignidad.

Aunado al interés personal por conocer los puntos de vista bioéticos para distintos casos, la mayoría expresó que es necesaria la creación de un comité de ética hospitalaria que abarque las funciones consultivas, normativas y formativas pertinentes.

Además, es importante recalcar que el aspecto médico-legal es una preocupación relevante manifestada por el personal médico de la institución, y la consideración de la responsabilidad compartida en cuanto a decisiones y conductas, respaldada por tal comité, favoreció la respuesta afirmativa en cuanto a si se creía necesaria la creación de un comité de ética hospitalaria.

XII . REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Albuquerque, E. Bioética; una apuesta por la vida. Madrid: CSS, 1992. 188p.
2. Avello, E.J. Introducción al diagnóstico prenatal. En: Polaino-Lorente, A. et al. Manual de bioética general. 2 ed. Madrid: RIALP, 1994. 490p. (pp.217-225)
3. Avery, M.E. History and epidemiology. In: Schaffer and Avery's Diseases of the newborn. 6a Ed. Philadelphia: W.B.Saunders, 1991. 562 p. (pp. 1-9)
4. Bancalari, E. T. Del Moral. Cuidados intensivos del recién nacido. En: Meneghello, J. et al. Pediatría. Vol. I. 4a Ed. Santiago: Mediterráneo, 1991. 996 p. (pp.426-431).
5. Barroso Asenjo, P. et al. Papel, funciones, implantación y efectividad de los comités de ética asistencial en España. Cuadernos de bioética. 1998/3a p: 577-589.
6. Beca, J.P. Orientaciones para comités de ética hospitalaria. OPS
7. Berger, A. The impact of new technologies in medicine; call for papers. BMJ 1999 Feb 6; 318 (7180): 346.
8. Brenner, P. D. Mishell. Control de la reproducción humana: Anticoncepción, esterilización y terminación del embarazo. En: Tratado de obstetricia y ginecología de Danforth. 6a Ed. México, D.F: Interamericana, 1994. (pp.747-765).
9. Calabuig, J.G. El secreto médico. En: Polaino-Lorente, A. et al. Manual de bioética general. 2 ed. Madrid: RIALP, 1994. 490p. (pp.298-310)
10. Calandra, D. et al. Aborto ; Estudio clínico, psicológico, social y jurídico. Buenos Aires: Panamericana, 1973. 382 p.
11. Carrasco de Paula, I. Esterilización anticonceptiva. En: Polaino-Lorente, A. et al. Manual de bioética general. 2 ed. Madrid: RIALP, 1994. 490p. (pp.226-236)
12. Chin, A.E. et al. Legalized physician-assisted suicide in Oregon--The first year's experience. N Eng Med 1999 Feb 18; 340 (47): 577-583.
13. Clayman, C.B. (Editor) The American Medical Association Encyclopedia of Medicine. New York: Random House, 1989. 1184 p.
14. Compagnioni, F. et al. Nuevo diccionario de teología moral. Madrid: Paulinas, 1992. 1977 p.

15. Cunningham, F.G. et al. Williams Obstetricia. 4a ed. Barcelona: Masson, 1996. 1420 p.
16. Evans, M. et al. Ethical issues surrounding multifetal pregnancy reduction and selective termination. Clinics in Perinatology 1996, 23 (3): 437.
17. Fishman, R.H.B. Israeli health minister advises access to unlimited in-vitro fertilisation. Lancet 1999 Feb 13; 353: 570.
18. García Noval, J. Ética médica; tres problemas actuales. Guatemala: USAC, 1995. 6p.
19. Garret, T.M. Health care ethics; principles and problems. 2 ed. New Jersey: Prentice Hall, 1993. 307 p.
20. Glass, N. Infanticide in Hungary faces stiffer penalties. Lancet 1999, Feb 13; 353: 570.
21. González Cajal, Jesús. Mesa redonda sobre el papel de los comités de bioética. Cuadernos de bioética. 1998/3a : 562-568.
22. Gorostiza, S.A. Comunicaciones sobre los comités asistenciales de ética. Cuadernos de bioética. 1998/3a : 573-576.
23. IGSS. Manual de Normas Hospitalarias del Hospital de Gineco Obstetricia. Guatemala: IGSS, 1996. 196 p.
24. Kopelman, L. On the right to information and freedom of choice for the dying: is it for minors? In: The child and death. Editado por Olle, J. y Z. Sahler. St. Louis: Mosby, 1978. 300 p. (pp 238-247).
25. Langman, J. et al. Embriología médica; desarrollo humano normal y anormal. 7a ed. Buenos Aires: Panamericana, 1996. 424 p.
26. Lanier, J. The eternal now. Forbes ASAP 1999 Feb 22: 72-82.
27. Lifshitz, Alberto. La práctica de la medicina clínica en la era tecnológica. México: UNAM, 1997.
28. Marañón, G. Vocación y ética. Madrid: ESPASA-CALPE, 1935. 177p.
29. McHugh, P.R. Dying made easy. Commentary 1999 Feb; 107 (2):13-17.

30. McIver, J. R., Schuartz. Ethical and legal issues in newborn care. In: Schaffer and Avery's Diseases of the newborn. 6a Ed. Philadelphia: W.B.Saunders, 1991. 562 p. (pp. 1-9)
31. Nüchtem, Michael. Crítica contra la medida científica y atractivo de los métodos de curación "alternativas" de Occidente. Concilium 1998 Nov 278: 13-20.
32. OPS/OMS. Bioética; temas y perspectivas. Washington DC: OPS, 1990. 247 p.
33. Pachter, Lee M. Cuestiones éticas y culturales en pediatría. En: Behrman, R.E. et al. Nelson Tratado de pediatría. 14 ed. Madrid: Interamericana, 1992. 2225p. T.1(pp. 7-14).
34. Pernoll, M.L. Diagnóstico y tratamiento Ginecoobstétricos. 7a Ed. México D.F: Manual Moderno, 1997. 1444 p.
35. Pesqueira, A. Los comités de ética hospitalaria y la relevancia de sus decisiones. En: Polaino-Lorente, A. et al. Manual de bioética general. 2 ed. Madrid: RIALP, 1994. 490p. (pp.353-361)
36. Philibert, P.J. Cambios en el significado de la salud y la sanidad; la perspectiva del mundo desarrollado. . Pickering, C. Silicon man lives; just ask Peter Cochrane. Concilium 1998 Nov 278: 13-20.
37. Philip Rice, F. Desarrollo humano; estudio del ciclo vital. 2 ed. México: Prentice-Hall, 1997. 668 p.
38. Pickering, C. Silicon man lives; just ask Peter Cochrane. Forbes ASAP 1999 Feb 22: 82.
39. Polaino-Lorente, A. Ciencia y conciencia. En su: Polaino-Lorente, A. et al. Manual de bioética general. 2 ed. Madrid: RIALP, 1994. 490p. (pp.33-56)
40. Polaino-Lorente, A. Más allá de la confusión: Razones para la prioridad de la Bioética. En su: Polaino-Lorente, A. et al. Manual de bioética general. 2 ed. Madrid: RIALP, 1994. 490p. (pp.70-97)
41. Polaino-Lorente, A. Los fundamentos de la Bioética. En su: Polaino-Lorente, A. et al. Manual de bioética general. 2 ed. Madrid: RIALP, 1994. 490p. (pp.119-134)
42. PROHASA. Manual de organización y procedimientos hospitalarios. Sao Paulo: OPS, 1985. 636 p.

43. Richards, T. The genomic challenge. BMJ 1999 Feb 6; 318 (7180): 341-342.
44. Roberts, D. E. Raines. Temas medicolegales. En: Tratado de obstetricia y ginecología de Danforth. 6a Ed. México, D.F: Interamericana, 1994. (pp 1243-1251).
45. Rojas, R. Guía para realizar investigaciones sociales. 8a Ed. México D.F: UNAM, 1985. 280 p.
46. Rosenwaks, Z. O. Davis. Fecundación in vitro y técnicas afines. En: Tratado de obstetricia y ginecología de Danforth. 6a Ed. México, D.F: Interamericana, 1994. (pp.863-887).
47. Royston, E., S. Armstrong. Preventing maternal deaths. Geneva: WHO, 1989. 233 p.
48. Rushworth, M.K. Cómo las personas buenas toman decisiones difíciles: resolviendo los dilemas de la vida ética. Ciudad de Guatemala: Universidad Francisco Marroquín, 1998.
49. Sgreccia, E. Manual de Bioética. México D.F.: Diana, 1996. 688 p.
- 49-A Spinsanti, S. Malattia. En: Rossi, L. Y Vulsecchi, A. Dizionario Enciclopedico Di Teologia Morale. Roma: Edizioni Paoline, 1973. P.553-558.
50. Szasz, T.S. The theology of medicine. New York: Syracuse, 1988. 170p.
51. Textos filosóficos latinos. Chile: Universidad Católica de Chile, 1993. 93p.
52. Vélez Correa, L. A. Ética médica; Interrogantes acerca de la medicina, la vida y la muerte. 2 ed. Medellín: CIB, 1996. 294p.
53. Viles, P. Reflections of a physician caregiver. In: The child and death. Editado por Olle, J. y Z. Sahler. St. Louis: Mosby, 1978. 300 p. (pp 151-159).
54. Webster's new world dictionary; of the american language. College edition. Cleveland: The World Publishing Company, 1966. 1724.

XIII. ANEXOS

ANEXO # 1

Cuestionario Jefes de Servicio y Residentes I, II, III Departamento de Ginecología y Obstetricia

El presente cuestionario está diseñado para evaluar criterios bioéticos que influyen en la toma de decisiones clínicas. La identidad de quien responda este cuestionario se mantendrá anónima. La participación debe ser totalmente voluntaria y veraz. En algunas preguntas, las opciones no son excluyentes; es decir, al contestarlas, puede usted hacer una combinación de ellas marcando las que aplicaría a cada caso.

Posición laboral:

Jefe de Servicio _____ Médico especialista I _____ Médico especialista II _____

Médico de consultorio J. Vespertina _____

J. Matutina _____

Médico Residente _____ Año _____

1. En qué instante considera usted que inicia la existencia del ser humano?

- Desde el momento en que el espermatozoide entra en contacto con la corona radiada del óvulo.
- Cuando se fusionan los pronúcleos masculino y femenino, mezclándose los cromosomas de ambos.
- Al iniciar la primera división mitótica del cigoto.
- En el momento de la implantación.
- A los 14 días
- Cuando ya existe latido cardíaco
- A las 12 semanas
- Después de las 12 semanas

2. Una paciente de 18 años de edad consulta por haber sufrido una violación en las tres semanas previas, y que ha resultado en un embarazo. Ella explícitamente solicita que le practique un aborto. Usted:

- No lo haría
- Trataría de persuadirla de que no lo haga, pero ante la insistencia, lo haría.
- No duda en hacerlo.

Por qué?

3. Una mujer de 34 años, primigesta, en su vigésimo-sexta semana de embarazo, presenta un cuadro de pre-eclampsia grave. Ud. le ofrece tratamiento médico, pero a pesar de él, la paciente persiste con tomas de presión arterial en 160/100. La mujer repetidamente ha expresado que no desea que se interrumpa su embarazo. Usted lo manejaría de la siguiente forma:

- Le pide un consentimiento informado de los riesgos que corre al no interrumpirse el embarazo y sólo le da tratamiento de sostén.
- Le da de alta por no acatar la decisión médica.
- Pide la opinión del esposo de la mujer y actúa conforme a ella.

Por qué?

4. A una paciente de 26 años se le diagnosticó positividad al VIH, y actualmente cursa con un embarazo de 12 semanas. La paciente solicita que el diagnóstico no sea informado al esposo ni a la familia, a pesar de sus esfuerzos por convencerla de que lo haga. Posteriormente se le presenta la oportunidad de hablar con el esposo de la paciente; decide usted informarle de la situación?

Si ___ No ___

5. Una mujer con aproximadamente 8 semanas de gestación sufre de rubéola. Le consulta para evaluar la posibilidad de abortar el producto, el cual, según está informada, puede padecer severas secuelas. La señora refiere que cuenta con limitados recursos económicos y que ya tiene un hijo con Síndrome de Down. Usted:

- Le ofrece un abortivo
- Le recomienda esperar, y si se constata alguna deformidad en un próximo ultrasonido, se podría evaluar un aborto eugenésico
- Le dice que su petición es incompatible con sus principios y se desliga del caso.

6. Considera usted necesaria la creación de un comité de ética hospitalaria?

ANEXO # 2

Entrevista Dirigida
Departamento de Ginecología y Obstetricia
Departamento de Pediatría—Servicio de Neonatología

1. Qué dilemas éticos ha sentido usted durante su práctica de la atención médica hospitalaria?

2. De qué o quién se ha valido usted para orientarse en la resolución de dichos dilemas éticos?

3. Considera usted necesaria la creación de un comité de ética hospitalaria? Por qué?

Cuestionario
Jefes de Servicio y Residentes I, II, III
Departamento de Pediatría—Servicio de Neonatología

El presente cuestionario está diseñado para evaluar criterios bioéticos que influyen en la toma de decisiones clínicas. La identidad de quien responda este cuestionario se mantendrá anónima. La participación debe ser totalmente voluntaria y veraz. En algunas preguntas, las opciones no son excluyentes al contestar las preguntas; es decir, puede usted hacer una combinación de ellas, marcando las que aplicaría a cada caso.

Posición laboral:

Jefe de Servicio ____ Médico especialista I ____ Médico especialista II ____

Médico de consultorio J. Vespertina ____

J. Matutina ____

Médico Residente ____ Año ____

1. En qué fase considera que inicia la existencia del ser humano:

- a. Desde el momento en que el espermatozoide entra en contacto con la corona radiada del óvulo.
- b. Al fusionarse los pronúcleos masculino y femenino, mezclándose los cromosomas de ambos.
- d. Al iniciar las primeras divisiones mitóticas del cigoto.
- e. En el momento de la implantación.
- f. A los 14 días
- g. Cuando ya existe latido cardíaco
- h. A las 12 semanas
- i. Después de las 12 semanas

2. A las 31 semanas de gestación, nace un infante prematuro de una madre con desprendimiento de placenta. El niño nace anémico, hipotenso y con enfermedad de la membrana hialina severa. Los padres del niño son Testigos de Jehová y rehúsan que se le efectúe una transfusión sanguínea al recién nacido, a pesar de que usted les ha explicado la urgencia de la transfusión. Los padres refieren la posibilidad de conseguir productos sustitutos de acuerdo a su religión, pero les tomará más de un día en lograrlo. Cuál sería su conducta?

- a. Efectúa la transfusión aunque los padres se nieguen.
- b. Asiste al paciente con soluciones IV y soporte ventilatorio
- c. Administra surfactante
- d. No trata al niño tras obtener un documento firmado por los padres con la negativa al tratamiento.
- e. Espera a que consigan el producto

3. Un recién nacido a término presenta Síndrome de Down y atresia duodenal. Sin cirugía, el paciente morirá. Usted explica los beneficios de la intervención quirúrgica para el niño en este caso y trata de obtener el consentimiento de los padres para la misma. No obstante, los padres se rehúsan a ella. Qué hace en este caso?

- a. Lo somete a la intervención quirúrgica contra la voluntad de los padres.
- b. Pide a los padres firmar un documento de descargo, y no trata al niño.
- c. Ofrece al niño tratamiento con alimentación parenteral o soluciones IV.
- d. Llama al juzgado para que tome custodia del niño y se pueda realizar la intervención quirúrgica.

4. Usted es informado del nacimiento de un niño de 32 semanas de edad gestacional que requerirá de ventilación mecánica. Al momento, no tiene ningún ventilador disponible y no es factible la transferencia del paciente a otro centro. El paciente con peor pronóstico en la sala de pacientes con soporte ventilatorio es un recién nacido prematuro de 33 semanas que tiene un mielomeningocele. Qué hace en este caso?

- a. Quita el soporte ventilatorio al niño con mielomeningocele y se lo aplica al recién nacido que está por ingresar.
- b. No le ofrece ventilación mecánica al niño que viene.
- c. Le ofrece ventilación manual al niño para el cual no tiene un ventilador mecánico.

5. Por vía vaginal nace un niño que pesa 530g, de 26 semanas de edad gestacional, séptico debido a una ruptura prematura de membranas. Usted:

- a. Le ofrece tratamiento de sostén y médico sin asistencia respiratoria
- b. No le ofrece ningún tratamiento
- c. Le ofrece soporte ventilatorio, tratamiento antibiótico y utiliza surfactante.

6. Suponiendo que haya ofrecido tratamiento a este niño, usted decide terminarlo (incluyendo soporte vital) desde el momento que:

- a. El niño presenta un primer paro cardio-respiratorio
- b. Encuentra que el niño tiene una hemorragia intraventricular grado III-IV
- c. Los padres se lo solicitan
- d. El niño muestra signos de muerte cerebral pero persiste con buena frecuencia
- e. No terminaría el tratamiento en ninguna de dichas circunstancias

ANEXO # 4

CUADRO NO. 1 CONCEPCIÓN SOBRE EL INICIO DE LA EXISTENCIA DEL SER HUMANO SEGÚN DEPARTAMENTO Y SEXO. HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA, IGSS.

MAYO, 1999.

OPCION	DEPARTAMENTO						TOTAL	%	
	GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA			PEDIATRIA/NEONATOLOGIA					
	MASCULINO	FEMENINO	X	MASCULINO	FEMENINO				
A	28 (30%)	9. (9.6%)	0	4 (4.3%)	3 (3.2%)	44	47%		
B	16 (17.2%)	5 (5.3%)	0	5 (5.3%)	4 (4.3%)	30	32.1%		
D	3 (3.2%)	0	0	--	--	3	3.2%		
E	7 (7.5%)	1 (1%)	0	--	--	8	8.6%		
G	4 (4.3%)	1 (1%)	1 (1%)	--	--	6	6.45%		
X	2 (2.1%)	0	0	--	--	2	2.15%		
TOTAL	60 (64.5%)	16 (17.2%)	1 (1%)	9 (9.6%)	7 (7.5%)	93	100%		

OPCION: A- Espermatozoide entra en contacto con corona radiada del óvulo. B- Fusión de los pronúcleos masculino y femenino, y mezcla de los cromosomas. D- Al iniciar la primera división mitótica del cigoto. E- En el momento de la implantación. G- Cuando ya existe latido cardíaco. X- Al observar embrión.

ANEXO # 4

CUADRO NO. 2 CONCEPCIÓN SOBRE EL INICIO DE LA EXISTENCIA DEL SER HUMANO SEGÚN DEPARTAMENTO Y POSICIÓN LABORAL.

HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA, IGSS. MAYO, 1999.

POSICION LABORAL	OPCIONES								TOTAL
	A		B		D	E	G	X	
	GOB	PED/NEON	GOB	PED/NEON	GOB	GOB	GOB	GOB	
JEFE SERVICIO	3	0	1	--	0	0	0	0	5
MEDICO DE CONSULTORIO A.M.	0	--	1	--	0	0	0	0	1
MEDICO DE CONSULTORIO P.M.	2	--	1	--	1	1	0	0	5
ESPECIALISTA I	11	0	1	--	1	0	2	0	15
ESPECIALISTA II	6	1	3	3	1	1	1	0.	14
RESIDENTE I	6	1	6	3	0	3	0	0	19
RESIDENTE II	4	3	3	0	0	2	2	0	14
RESIDENTE III	5	1	3	0	0	1	1	1	12
RESIDENTE IV	0	0	2	0	0	0	0	1	3
RESIDENTE II NEONATOLOGIA	--	1	--	3	--	--	--	--	4
TOTAL	37	7	21	9	3	8	6	2	93
	44 47.3%		30 32.25%		3.22%	8.6%	6.45%	2.15%	100%

OPCION: A- Espermatozoide entra en contacto con corona radiada del óvulo. B- Fusión de los pronúcleos masculino y femenino, y mezcla de los cromosomas. D- Al iniciar la primera división mitótica del cigoto. E- En el momento de la implantación. G- Cuando ya existe latido cardíaco. X- Al observar embrión.

ANEXO # 5

CUADRO NO. 4 ACCIÓN QUE TOMARÍA EL MÉDICO ANTE SOLICITUD DE PRACTICAR UN ABORTO A UNA PACIENTE CUYO EMBARAZO ES PRODUCTO DE UNA VIOLACION.

HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA, IGSS
MAYO, 1999.

POSICION LABORAL	PRACTICAR UN ABORTO A PACIENTE QUE SUFRIO VIOLACION					TOTAL
	NO LO HARIA			LO HARIA ANTE LA INSISTENCIA		
	MASC	FEM	X	M	F	
JEFE DE SERVICIO	4	--	--	0	--	4
MEDICO DE CONSULTORIO A.M.	1	--	--	0	--	1
MEDICO DE CONSULTORIO P.M.	3	1	0	1	0	5
ESPECIALISTA I	9	4	0	2	0	15
ESPECIALISTA II	10	1	0	1	0	12
RESIDENTE I	9	5	0	1	0	15
RESIDENTE II	7	2	1	1	0	11
RESIDENTE III	8	3	0	0	0	11
RESIDENTE IV	3	0	0	0	0	3
TOTAL	53 68.8%	16 20.8%	1 1.3%	6 7.8%	0	77 100%

ANEXO # 6/ CUADRO NO. 6 ACCIONES A TOMAR POR EL MEDICO ANTE UNA PACIENTE CON INDICACION DE UN ABORTO TERAPEUTICO, EL CUAL ES RECHAZADO POR LA MADRE. HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA, IGSS, MAYO, 1999.

INTERRUPCION DEL EMBARAZO POR CUADRO DE PREECLAMPSIA GRAVE

POSICION LABORAL	A		AC		B		C		T		X		TOTAL
	MASC	FEM	MASC	FEM	MASC	FEM	MASC	FEM	MASC	FEM	MASC	FEM	
	JEFE DE SERVICIO	3	--	0	--	0	--	1	--	0	--	0	
MEDICO DE CONSULTORIO A.M.	1	--	0	--	0	--	0	--	0	--	0	--	1
MEDICO DE CONSULTORIO P.M.	3	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
ESPECIALISTA I	6	2	1	1	1	0	3	1	0	0	0	0	15
ESPECIALISTA II	10	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12
RESIDENTE I	6	5	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	15
RESIDENTE II	8	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11
RESIDENTE III	4	2	0	1	1	0	0	0	1	0	2	0	11
RESIDENTE IV	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3
TOTAL	43	13	3	2	2	0	9	1	1	1	2	0	77

OPCION: A- Pide un consentimiento informado (descargo) y sólo le da tx de sostén. B- Le da de alta por no acatar la decisión médica. C- Pide la opinión del esposo de la paciente y actúa conforme a ella. T- Terminaría el embarazo con consenso de tres médicos. X- No creo necesario interrumpir el embarazo

ANEXO # 7

CUADRO NO.8 OPINION SOBRE DIVULGAR SECRETO PROFESIONAL A ESPOSO DE LA PACIENTE, CONTRA LA VOLUNTAD DE ESTA.

HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA, IGSS.

MAYO, 1999.

POSICION LABORAL	INFORMARIA A ESPOSO SOBRE POSITIVIDAD AL VIH DE SU PAREJA, CONTRA LA VOLUNTAD DE ESTA						TOTAL
	NO			SI		I	
	MASC	FEM	X	MASC	FEM	MASC	
JEFE DE SERVICIO	1	0	--	3	--	0	4
MEDICO DE CONSULTORIO A.M.	0	0	--	1	--	0	1
MEDICO DE CONSULTORIO P.M.	2	1	--	2	0	0	5
ESPECIALISTA I	6	3	--	5	1	0	15
ESPECIALISTA II	3	0	--	8	1	0	12
RESIDENTE I	5	4	--	5	1	0	15
RESIDENTE II	3	2	1	5	0	0	11
RESIDENTE III	4	3	--	4	0	0	11
RESIDENTE IV	1	0	--	1	0	1	3
TOTAL	25	13	1	34	3	1	77
	39 50.6%			37 48.05%		1.3%	100%

OPCION: I - "Lograria hacer que informe a la familia"

ANEXO # 8

CUADRO NO. 9 ACCION A TOMAR ANTE SOLICITUD PARA PRACTICAR

UN ABORTO EUGENESICO.

HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA, IGSS

MAYO, 1999.

POSICION LABORAL	ANTE CONSULTA PARA EVALUAR UN ABORTO EUGENESICO							TOTAL
	B		C			Y	Z	
	MASC	FEM	MASC	FEM	X	MASC	MASC	
JEFE DE SERVICIO	2	-	2	-	0	0	0	4
MEDICO DE CONSULTORIO A.M.	0	-	1	-	0	0	0	1
MEDICO DE CONSULTORIO P.M.	2	0	2	1	0	0	0	5
ESPECIALISTA I	8	3	3	1	0	0	0	15
ESPECIALISTA II	3	1	7	0	0	1	0	12
RESIDENTE I	4	1	6	4	0	0	0	15
RESIDENTE II	6	1	2	1	1	0	0	11
RESIDENTE III	5	1	3	2	0	0	0	11
RESIDENTE IV	1	0	1	0	0	0	1	3
TOTAL	31	7	27	9	1	1	1	77
	49.3%		48.05%					

OPCION: : B- Le recomienda esperar, y si se constata alguna deformidad en un próximo ultrasonido, se podría evaluar un aborto eugenésico. C- Le dice que su petición es incompatible con sus principios y se desliga del caso. Y-"Le indico que su petición es incompatible con mis principios y que además sólo existe un 10% de probabilidades de problemas secundarios a la rubéola". Z- "Le recomiendo esperar y constatar una deformidad y le hago saber que el aborto terapéutico es ilegal en Guatemala".

CUADRO NO. 10 COMPARACION DE ACCION A TOMAR ANTE SOLICITUD PARA PRACTICAR UN ABORTO EUGENESICO, UN ABORTO A PACIENTE CON EMBARAZO POR VIOLACION Y ANTE UN POSIBLE ABORTO TERAPEUTICO RECHAZADO POR LA MADRE. HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA, IGSS. MAYO, 1999.

RESPUESTA ANTE CONSULTA PARA EVALUAR POSIBILIDAD DE ABORTO EUGENESICO									
CON ANTECEDENTE DE VIOLACION	TRAS USC SE PODRIA EVALUAR AB EUGENESICO (B)		PETICION INCOMPATIBLE CON SUS PRINCIPIOS Y SE DESLIGA DEL CASO (C)				Y		TOTAL
	NO HARIA ABORTO	HARIA ANTE INSISTENCIA	ABORTO	NO HARIA ABORTO	HARIA ANTE INSISTENCIA	ABORTO	NO HARIA ABORTO	NO HARIA ABORTO	
A	23	4	28	1	0	0	1	1	57
AC	2	0	2	0	1	0	0	0	5
B	2	0	0	0	0	0	0	0	2
C	5	1	4	0	0	0	0	0	10
T	0	0	1	0	0	0	0	0	1
X	1	0	1	0	0	0	0	0	2
TOTAL	33	5	36	1	1	1	1	1	77
	42.8%	6.5%	46.75%	1.3%	1.3%	1.3%	1.3%	1.3%	100%

OPCION: A- Pide un consentimiento informado (descargo) y sólo le da tx de sostén. B-Le da de alta por no acatar la decisión médica. C-Pide la opinión del esposo de la paciente y actúa conforme a ella. T- Terminaría el embarazo con consenso de tres médicos. X- No creo necesario interrumpir el embarazo.

OPCION: Y-"Le indico que su petición es incompatible con mis principios y que además sólo existe un 10% de probabilidades de problemas secundarios a la rubéola". Z- "Le recomiendo esperar y constatar una deformidad y le hago saber que el aborto terapéutico es ilegal en Guatemala".

CUADRO NO. 11 OPINION ACERCA DE NECESIDAD DE CREACION DE UN COMITE DE ETICA HOSPITALARIO. HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA, IGSS MAYO, 1999.

POSICION LABORAL	CONSIDERA NECESARIA LA CREACION DE UN COMITE DE ETICA HOSPITALARIO			
	SI	NO	RELATIVO	TOTAL
JEFE DE SERVICIO	3	1	0	4
MEDICO DE CONSULTORIO A.M.	0	1	0	1
MEDICO DE CONSULTORIO P.M.	3	1	1	5
ESPECIALISTA I	14	1	0	15
ESPECIALISTA II	11	1	0	12
RESIDENTE I	14	1	0	15
RESIDENTE II	10	1	0	11
RESIDENTE III	8	3	0	11
RESIDENTE IV	3	0	0	3
TOTAL	66	10	1	77
	85.7%	12.9%	1.3%	100%

ANEXO # 11

CUADRO NO. 12 ACCION A TOMAR EN CASO DE RN HIJO DE TESTIGOS DE JEHOVA QUE REHUSAN TRATAMIENTO.

HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA, IGSS
MAYO, 1999.

POSICION LABORAL	MANEJO DE CASO DE RN HIJO DE TESTIGOS DE JEHOVA QUE REHUSAN TRATAMIENTO						TOTAL
	B		BC		BCE		
	MASC	FEM	MASC	FEM	MASC	FEM	
NEONATOLOGO	4	0	0	0	0	0	4
RESIDENTE I	0	0	2	1	0	1	3
RESIDENTE II	1	2	0	0	0	0	3
RESIDENTE III	0	0	0	1	0	0	1
RESIDENTE II NEONATOLOGIA	2		1		1		4
TOTAL	9 56.25%		5 31.25%		2 12.5%		16 100%

OPCION:

B- Asiste con soluciones IV y soporte ventilatorio

BC- B + administra surfactante

BCE-BC + espera a que los padres consigan el producto

ANEXO # 12

CUADRO NO. 13 ACCION A TOMAR EN CASO DE RECIEN NACIDO CON SINDROME DE DOWN Y ATRESIA DUODENAL, CUYOS PADRES REHUSAN TRATAMIENTO QUIRURGICO. HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA, IGSS MAYO, 1999.

POSICION LABORAL	ACCION A TOMAR EN CASO DE RN CON SX DE DOWN Y ATRESIA DUODENAL CUYOS PADRES REHUSAN LA CIRUGIA										TOTAL
	A	B		BC	C		CD		D		
	MASC	MASC	FEM	FEM	MASC	FEM	MASC	FEM	MASC	FEM	
NEONATOLOGO	0	0	0	0	2	0	0	1	1	0	4
RESIDENTE I PEDIATRIA	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	4
RESIDENTE II PEDIATRIA	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	3
RESIDENTE III PEDIA	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
RESIDENTE II NEONATOLOGIA	1	1		1	1		0		0		4
TOTAL	1	2		1	7		1	2	1	1	16

OPCION: A- Lo somete a la intervención quirúrgica contra la voluntad de los padres. B-Pide a los padres firmar un documento de descargo y no trata al niño. C- Ofrece al niño tratamiento con alimentación parenteral o soluciones intravenosas. D-Llama al juzgado para que tome custodia del niño y se pueda realizar la intervención quirúrgica.

ANEXO # 13

CUADRO NO. 14 ACCION A TOMAR EN CASO DE RECIEN NACIDO QUE REQUIERE VENTILACION MECANICA Y NO HAY APARATO DE VENTILACION DISPONIBLE.

HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA, IGSS
MAYO, 1999.

POSICION LABORAL	ACCION A TOMAR EN CASO DE RN DE 32 SEMANAS QUE REQUIERE DE VENTILACION MECANICA Y PARA EL CUAL NO HAY UN VENTILADOR DISPONIBLE			TOTAL
	QUITA EL SOPORTE VENTILATORIO A OTRO CON PEOR PRONOSTICO PARA DARSELO (A)	NO LE OFRECE VENTILACION MECANICA + C (BC)	LE OFRECE VENTILACION MANUAL (C)	
NEONATOLOGO	0	1	3	4
RESIDENTE I PEDIATRIA	0	0	4	4
RESIDENTE II PEDIATRIA	0	0	3	3
RESIDENTE III PEDIA	0	0	1	1
RESIDENTE II NEONATOLOGIA	1	0	3	4
TOTAL	1	1	14	16

ANEXO # 14

CUADRO NO. 15 ACCION A TOMAR EN CASO DE RN DE 26 SEMANAS

QUE NACE SEPTICO.
HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA, IGSS
MAYO, 1999.

POSICION LABORAL	ACCION A TOMAR EN CASO DE RN DE 26 SEMANAS QUE NACE SEPTICO		TOTAL
	OFRECE TRATAMIENTO DE SOSTEN Y MEDICO SIN ASISTENCIA RESPIRATORIA (A)	LE OFRECE SOPORTE VENTILATORIO, ANTIBIOTICO Y UTILIZA SUREFACTANTE (C)	
NEONATOLOGO	0	4	4
RESIDENTE I PEDIATRIA	1	3	4
RESIDENTE II PEDIATRIA	1	2	3
RESIDENTE III PEDIATRIA	1	0	1
RESIDENTE II NEONATOLOGIA	1	3	4
TOTAL	4	12	16
	25%	75%	100%