



Universidad
Nacional
de Córdoba



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ESCUELA DE POSGRADO

“ASPECTOS ÉTICOS DE LA PROFESIÓN ODONTOLÓGICA”

TESISTA:

OD. SIMÓN SIMONIAN

DIRECTOR:

PROF. DRA. MARÍA ELENA SAMAR

CÓRDOBA, 1998



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

ASPECTOS ETICOS
DE LA
PROFESION
ODONTOLOGICA



Córdoba (R.A.), Febrero de 1998

**TRABAJO DE TESIS
PARA OPTAR AL TITULO DE
DOCTOR EN ODONTOLOGIA**

Odontólogo

SIMON SIMONIAN

Directora de Tesis:

Prof. Dra. MARIA ELENA SAMAR

Tribunal de Tesis:

Prof. Dra. RENE A. de GONZALEZ

Prof. Dra. PERLA K. de HIDALGO

Prof. Dra. ROSARIO REYNOSO A. de VIOTTI

Prof. Dr. OMAR ABDO GANI

Dedicatoria

*A mi esposa Alicia y a mis hijos Marcelo,
Débora y Vanina, que en todo momento me
apoyaron con su amor, bondad y comprensión
para el logro de nuestro objetivo.*

Agradecimientos

- *Al Señor Decano de la Facultad de Odontología, prof. Dr. Nazario Kuyumlián, de quien provino el impulso principal para la realización del presente trabajo.*
- *A la Prof. Dra. María Elena Samar por su dirección crítica y su valiosa asistencia y por haberme guiado hacia el apasionante y polémico campo de la bioética, los hechos y los valores.*
- *Al Señor Prof. Dr. Luis José Battellino por su experimentado asesoramiento.*
- *A los Señores miembros de la Comisión de Tesis por sus comentarios y sugerencias.*
- *Al Señor Ricardo Reyna por la producción técnica.*
- *A los Señores Bibliotecarios de las Facultades de Odontología y Ciencias Médicas por el extraordinario apoyo brindado en la búsqueda bibliográfica.*

*y pondré en vosotros un espíritu nuevo, y
les quitaré de sus cuerpos el corazón y les daré
un corazón de oro.*

Ezequiel. 1 11, 17, 21

INDICE

| | Página |
|--|--------|
| RESUMEN _____ | 7 |
| SUMMARY _____ | 8 |
| INTRODUCCION _____ | 9 |
| MATERIALES Y METODOS _____ | 13 |
| RESULTADOS _____ | 14 |
| Análisis Crítico de la Bioética y sus Grandes Temas _____ | 14 |
| Odontología y Bioética _____ | 43 |
| Comités de Bioética _____ | 47 |
| Propuesta: estructuración del Comité de Bioética para la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Córdoba _____ | 54 |
| Formularios de Consentimiento: a llenar por el inves- tigador principal y por el voluntario _____ | 59 |
| Formulario de solicitud para realizar ensayo clínico farmacológico _____ | 61 |
| Formulario de Notificación de Efectos Indeseables de los Fármacos _____ | 63 |
| Elaboración de un cuestionario con pauta de toma de decisiones ante un caso clínico _____ | 64 |
| DISCUSION Y CONCLUSIONES _____ | 65 |
| ANEXOS _____ | 70 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS _____ | 105 |
| BIBLIOGRAFIA CONSULTADA _____ | 107 |

RESUMEN

El progreso científico de los últimos 30 años y el desarrollo de nuevas tecnologías de aplicación clínica han obligado a los investigadores y a los profesionales de la salud a desarrollar su sentido de responsabilidad social y han alertado a la opinión pública sobre la vida humana y la calidad de vida. Frente a los nuevos problemas creados por estos progresos y al impacto en los sistemas de valores de la sociedad, aparece en el horizonte científico, la Bioética. Nuestra Facultad de Odontología no puede permanecer ajena a esta problemática por lo que se propone la creación, estructuración y funcionamiento de un Comité de Bioética al servicio de profesionales, investigadores y usuarios para ayudar a resolver problemas éticos que pueden surgir en investigación o en la práctica clínica (SIDA, implantes, atención a discapacitados, etc.), con funciones educativas, normativas y consultivas cuyo objetivo final sea mejorar la calidad asistencial y velar por los derechos de los pacientes apoyado en los principios bioéticos de justicia, autonomía y beneficencia.

SUMMARY

Scientific progress during the last 30 years and the development of the technology of clinical application have forced researchers and health professionals to develop their sense of social responsibility, and have warned public opinion on life and quality of life. Therefore, Bioethics appears against these new problems arising from scientific research and the impact it exerts on values of society. Our Facultad de Odontología is not excluded from this problems, thus, we propose the creation, structuring and supporting of a Bioethics Committee for our professionals, researchers and patients, so as to help solve ethical problems that can appear during research or clinical practice (AIDS, implants, assistance for the handicapped). It would perform educational, normalizing and counseling duties, with the aim of improving assistance quality and caring for patients rights, based on the bioethic principles of justice, autonomy and beneficency.

INTRODUCCION

Bioética es un neologismo que surge hace más de dos décadas, cristalizando la integración de la ciencia y la ética en plena era tecnológica. Y fue un oncólogo de la Universidad de Wisconsin, Reusselaer Von Potter, quien por primera vez utilizó el término Bioética, haciendo directa referencia sobre los problemas éticos originados en los años '60 debido al desarrollo de las ciencias biomédicas (*Boletín OPS, 1990 - Lavados, 1990 - Mainetti, 1991 a y b - Gafo Fernández, 1993*).

10

En efecto, en 1971, Potter publica su libro *“Bioethics: Bridge to the Future”* y define este neologismo como *“el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias humanas y de la atención sanitaria en cuanto se examina a la luz de valores y principios morales”* (*Boletín OPS, 1990 - Gafo Fernández, 1993*). F. Abel, especialista español en Bioética, la define como *“el estudio interdisciplinar de los problemas suscitados por el progreso biológico y médico, tanto a nivel microsocia como a nivel de la sociedad global, y sus repercusiones sobre la sociedad y su sistema de valores, hoy y mañana”* (*Gafo Fernández, 1993*).

Sin embargo, la realidad de la Bioética se remonta a la antigüedad, ya que ninguna profesión fue tan consciente, desde sus albores, de las implicancias y problemas éticos de la praxis de la misma,

como la Medicina. Así, el Juramento de Hipócrates, que forma parte del Corpus Hippocraticum, conjunto de escritos cuya autoría se atribuye a Hipócrates, representa la prueba más antigua sobre la preocupación ética del ejercicio de la medicina en nuestra cultura. En otras culturas se pueden citar otros testimonios, como el Juramento de Iniciación Caraka Sanhita (*cultura hindú, siglo I A.C.*), el Juramento de Assaf (*Mundo Árabe, Siglo X*) y los Cinco Mandamientos y las Diez Exigencias (*cultura china, Siglo XVII*) (Gafo Fernández, 1993).

Ya en el siglo XIX, el médico inglés Thomas Percival, emplea el término de *Ética Médica* y en ese siglo comienzan a aparecer los códigos deontológicos, donde están contenidas las exigencias éticas y legales del ejercicio de la medicina.

El salto de la *Ética Médica* a la *Bioética*, coincide con el comienzo del gran desarrollo de la *Bioética*, que se inicia en los Estados Unidos y cuya complejidad de contenidos desbordan a la tradicional ética o moral médica (Engelhardt, 1995 - Howard Jones, 1985 - Boletín OPS, 1990 - Lavados y col., 1990 - Mainetti, 1990 - Belderrain, 1991 - Basso, 1992 - Quintana Trias, 1992 - Instituto Borja de Bioética, 1993).

A partir de la aparición del libro de Potter que mencionamos anteriormente, la *Bioética* se introdujo como un campo de interés para los profesionales de la salud, filósofos, científicos, juristas, teólogos e, incluso, gobernantes.

En 1969, el psiquiatra Willard Cayling y el filósofo Daniel Callahan, fundan en Nueva York el Institute of Society, Ethics and Life Sciences, uno de los de mayor relevancia mundial y que en nuestros días se conoce como el Hastings Center.

Por otro lado, en 1972, el especialista en fisiología fetal, Andre Hellegers, crea en Washington, el "Instituto de Bioética", y en 1975 se funda en Barcelona, el Instituto Borja de Bioética, en el marco de la Facultad de Teología de los Jesuitas. Este instituto se convierte a partir de los Años '80 en fundación privada.

Hasta hoy se han fundado centros de estudio y bioética en Londres, Roma, Bruselas, Nueva Zelanda, Francia, Canadá, La Plata, etc. Estos centros editan revistas especializadas sobre temas de bioética, entre las que podemos citar: The Hastings Center Report, Journal of Medical Ethics, Man and Medicine, Ethics in Science and Medicine, etc. (Lavados y col., 1990).

En la Bioética, en el bios (vida) y el ethos (conducta o comportamiento) convergen biología y moral en una verdadera síntesis integradora de ciencia y conciencia, hechos y valores, ser y deber ser (*Mainetti, 1990-1991 a y b*).

El desarrollo científico tecnológico, nos ofrece así un nuevo paradigma, un nuevo modelo, una verdadera revolución biológica que hace su blanco especialmente en las formas de nacer, de procrear, y de morir (*Galende, 1992 - Juan Pablo II, 1992*).

Nos encontramos que la medicina se ha salido de sus cauces tradicionales y ahora no pretende sólo restaurar el orden natural, de reparar el daño, sino que va más allá, pretendiendo mejorar la naturaleza humana y superar determinados condicionamientos biológicos.

Las ciencias médicas convertidas en poder de contralor social. Desde que nacemos en el hospital, hasta que morimos, también en el hospital, nuestras vidas están reguladas por la medicina.

La Bioética abarca la Etica Médica, pero no se limita a ella ya que comprende un amplio espectro de problemas que podemos resumirlos así:

1. problemas relacionados con la investigación clínica o biomédica y del comportamiento.
2. cuestiones sociales como son las relacionadas con la Salud Pública, la salud ocupacional, la ética del control de la natalidad, etc.
3. problemas relacionados con los valores que surgen en las profesiones que conforman el equipo de salud.
4. cuestiones relativas a la vida animal y vegetal.

El progreso científico, médico, biológico y farmacológico y también el desarrollo de nuevas tecnologías, han llevado a la necesidad de la creación de comités de Etica que velen por la calidad de la investigación en sujetos humanos y animales, y la protección de los mismos y que en el ámbito hospitalario resuelvan los conflictos éticos que se plantean en la asistencia hospitalaria y elaboración de protocolos asistenciales y protejan los derechos de los pacientes (*Gracia, 1989 - La Purma y Toulmin, 1989 - Gracia, 1992 a y b - Lorda y Concheiro Cano, 1993 - Lorda, 1993 - Instituto Borja de Bioética, 1993- Cragno, 1994 - Lussi, 1994 - Subramanian, 1995*).

Por lo expuesto nos proponemos los siguientes objetivos:

1. Generar un espacio de reflexión en la Facultad de Odontología, sobre las implicancias bioéticas del desarrollo de la ciencia y la tecnología.
2. Realizar un análisis sobre la Bioética y sus grandes temas.
3. Investigar sobre los fundamentos y principios de la Bioética en general y de la Etica Clínica en particular.
4. Abordar el estudio de los Comités de Bioética, analizando el proceso histórico de su creación, expansión, estructura y funciones.
5. Proponer el modelo de Comité de Bioética para la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Córdoba.

MATERIALES Y METODOS

- * Realización de un análisis crítico de la Bioética y sus grandes temas.
- * Investigación bibliográfica sobre la Bioética en general y la Ética Clínica, y en Odontología en particular.
- * Motivación a través de Cursos y Jornadas de trabajo a los docentes, investigadores y personal auxiliar de la Facultad de Odontología para que identifiquen y resuelvan problemas Bioéticos en su quehacer específico.
- * Elaboración de un cuestionario como pauta para la toma de decisiones ante un caso clínico.
- * Estructuración del Comité de Bioética para la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Córdoba.
- * Formulación de los objetivos y funcionamiento del comité.
- * Confección de un modelo de reglamento para Comités Institucionales de Ética y para investigaciones Biomédicas con compromiso de seres humanos.
- * Confección de un formulario de consentimiento informado donde consten las características y condiciones de una investigación biomédica o de un tratamiento o ensayo clínico del cual participará un paciente como voluntario.
- * Confección de un formulario sobre solicitud de ensayo clínico farmacológico.
- * Confección de un formulario de notificación de efectos indeseables de los fármacos.

RESULTADOS

Análisis crítico de la Bioética y sus grandes temas

Si «bios» significa '*vida humana*', «bioética» sería, la '*ética de la vida humana*'.

15

El movimiento bioético como fenómeno sociocultural de constitución de la disciplina en los EE.UU., se caracteriza por la fórmula de un «BIOS» tecnológico y un «ETHOS» secular, la tecnificación de la vida y la liberalización de la moral.

Por un lado, a fines de los sesenta comienzan a sentirse los efectos de la revolución biológica en medicina, particularmente con las nuevas formas de nacer, procrear y morir: consejo genético y diagnóstico prenatal, contraceptivos orales, reanimación y trasplantes. Además, junto a los nuevos avances biomédicos y sus problemas normativos, se desarrolla la cultura política de la década del '60, orientada a los derechos civiles y de los consumidores, cuestionadora de toda autoridad, defensora de las minorías y marginados, de los negros (primera minoría en E.E.U.U.), mujeres, niños, homosexuales, estudiantes, soldados (participación en la guerra Sudasiática)... y los pacientes.

Se produce una verdadera colisión entre el progreso biológico, constante, por un lado, y el interés de la sociedad, de la gente, por el otro, ante hechos de abusos en la experimentación en seres humanos, episodios lamentables que actúan como verdadero disparador, para que la bioética tome impulso e importancia trascendental en EE.UU. en primer lugar y, posteriormente, en los demás países del mundo. A partir de ese momento la bioética pasó a ser preocupación y tema de reflexión y estudio, no sólo de médicos, sino también de filósofos, teólogos, juristas y gobernantes. La Etica Médica comienza a modificar su visión hasta ese momento centrada en el médico, para dirigir su atención al paciente, más específicamente al ser humano.

Respecto a sus contenidos, la bioética mantiene una íntima relación con la biomedicina, las ciencias de la vida y la atención de la salud. Por todo esto vemos, que la bioética no es el resultado de la simple presencia de distintas disciplinas como la filosofía, la biología, la medicina, etc., sino es la fusión interdisciplinaria de las mismas, que da lugar a la bioética.

Por lo tanto, la bioética no sólo está relacionada con lo ético-filosófico, sino también con lo religioso, jurídico y político.

16

Abarca la ética médica pero no se limita a ella. La ética médica en su sentido tradicional, trata de los problemas relacionados con valores que surgen de la relación entre médico y paciente. Comprende los problemas relacionados que surgen en todas las profesiones de la salud, incluso en todas las profesiones "afines" y las vinculadas con la salud mental. Aborda, además, una amplia gama de cuestiones sociales como las que se relacionan con la salud pública, la salud ocupacional e internacional y la ética del control de la natalidad, entre otros.

Va más allá de la vida y la salud humanas, en cuanto comprende cuestiones relativas a la vida de los animales y las plantas, por ejemplo en lo que concierne a experimentos con animales y demandas ambientales conflictivas.

Como bien nos recuerda Mainetti, la bioética es una disciplina intelectual que pretende resolver problemas y situaciones que emergen de la biomedicina, la ciencia y la técnica; y es un fenómeno cultural que aparece como una crisis de fundamentación de la moral, crisis que se confirma de las siguientes dimensiones:

- a) La catástrofe ecológica.
- b) La revolución biológica.
- c) La medicalización de la vida.

a) La catástrofe ecológica:

La palabra «Ecología» deriva del griego y significa “la ciencia de la casa” (oikos: casa). El primero en utilizar este vocablo fue Hackel en 1966, y lo define de este modo: *“Entendemos por ecología la ciencia global de las relaciones del organismo con el mundo externo circundante, en donde podemos incluir, en sentido amplio, todas las condiciones de la existencia”*.

Fue recién a partir de 1972, que se comienza a formar una verdadera “conciencia ecológica” en el seno mismo del Club de Roma, llamando la atención de la opinión pública de todo el mundo, de la necesidad imperiosa de poner coto al uso indiscriminado, ilimitado de los recursos de la naturaleza, en especial por parte de los países desarrollados. Además, el Club de Roma, hacía énfasis en señalar que dichos recursos explotados irresponsablemente, son limitados, o sea agotables, por lo tanto debía procederse a su uso responsable.

En el mismo año (1972), tiene lugar en Estocolmo la “Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo y el Medio Ambiente”, que obligó a la clase política mundial a una cabal toma de conciencia sobre la problemática medio ambiental.

A partir de ese momento, se comienzan a estudiar en distintos países del mundo, temas inherentes a lograr la conservación de la naturaleza, para beneficio de todos los habitantes, en especial para las futuras generaciones.

1) Explosión demográfica:

Teniendo en cuenta que la tasa de crecimiento anual de la población mundial es de alrededor del 2%, en 40 años, aproximadamente, se duplicará la población mundial. Se calcula que a fines de siglo habremos sobrepasado la cifra de 6.000 millones de habitantes.

El gran dilema del presente y futuro es buscar los medios para posibilitar una vida digna para todos y cada uno de ellos.

2) La deforestación:

La destrucción de los bosques, la desaparición de miles de especies animales y vegetales, ocasionada por la tala indiscriminada, tanto en los países desarrollados como en los del Tercer Mundo, amparándose en intereses puramente económicos.

Además, en los países en vías de desarrollo, por la presión demográfica se destruyen grandes superficies de bosques vírgenes, para utilizar las tierras para la agricultura.

No olvidemos además, que esta deforestación es responsable, en gran medida, de la desertificación de grandes zonas del planeta.

Para graficar la magnitud de este problema, se afirma que mientras *“nacen siete nuevos niños por segundo, al mismo tiempo se produce la destrucción de una hectárea de terreno cultivable cada 8,23 segundos, es decir, nacen casi 58 niños en el tiempo en que el planeta pierde una hectárea de terreno cultivable. Se considera que el 25% de la superficie terrestre se encuentra en gran proceso de desertificación, y que el avance anual del desierto es de 60.000 Km², una superficie equiparable a la de Portugal”*.

3) El cambio de clima:

Ocasionado por la producción y emisión de gases nocivos para la salud, como por ejemplo, el dióxido de carbono procedente de la quema de gas, carbón y petróleo. Esto produce lo que conocemos como “efecto invernadero”, producto de la contaminación atmosférica, que obstaculiza la refracción de la radiación procedente del sol, ocasionando un aumento de la temperatura en la tierra. Consecuentemente, este aumento de temperatura podría producir verdaderos deshielos en los casquetes polares, inundando o virtualmente sepultando numerosas islas o zonas costeras de tierra firme.

No debemos olvidar la influencia decisiva de los grandes bosques para absorber el CO₂ y purificar de este modo el medio ambiente.

Causa honda preocupación en todo el mundo, la deforestación que se produce en el Amazonas, considerado el bosque tropical más grande del planeta, llamado con justicia el “pulmón de la tierra”. Aunque no es posible prever científicamente los cambios climáticos, es preocupante el incremento de las emisiones de CO₂ de la combustión de gasolina en los más de 400 millones de automóviles que circulan por el mundo.

Además, no debemos ignorar la influencia de la lluvia ácida, producto de las emanaciones de azufre y nitrógeno originado en las fábricas, que al derramarse sobre los bosques es causa de contaminación y destrucción de los mismos.

4) **La contaminación de las aguas:**

El hombre, con el fin de aumentar su producción agrícola, ha usado y sigue usando en forma masiva agroquímicos, insecticidas, etc. a pesar de que dicho rendimiento ha tocado el techo productivo, ignorando las repercusiones y consecuencias negativas sobre los suelos y las aguas.

Muchos complejos industriales en aras de la productividad y del crecimiento económico, vierten sus residuos industriales en forma calamitosa y criminal en los mares y ríos, transformándolas en verdaderas “cloacas”.

Existen países industrializados, los llamados desarrollados, que distraídamente lanzan residuos radioactivos a los mares en contenedores “herméticos”, según ellos, para no alarmar a la población mundial.

En resumen:

19

El hombre tiene que convencerse que está íntimamente ligado al medio ambiente, del cual depende y que no es posible que lo ignore, so pena de padecer graves consecuencias.

Para ello debe tener siempre presente, en cada uno de sus actos de la vida cotidiana, que la tierra es su único hábitat, irremplazable. Por lo tanto, es fundamental que cada uno tenga, no sólo una verdadera “conciencia ecológica”, sino además la responsabilidad de transmitirla a las futuras generaciones.

b) Revolución biológica:

El constante desarrollo científico tecnológico ha dado lugar a un nuevo modelo, una verdadera “revolución biológica”, que modifica sustancialmente las formas de nacer, de procrear y de morir.

La medicina ya no se conforma con restaurar o reparar el daño, sino que se lanza de lleno a mejorar la naturaleza humana.

1) Manipulación del código genético:

En la actualidad, la Biología ha logrado insertar genes de una especie a otra, logrando de este modo hacer realidad lo que antaño constituía una ficción. Por supuesto, este hecho ha creado inquietudes a numerosos investigadores y ha despertado grandes interrogantes éticos en el seno de la comunidad científica internacional.

Si tal manipulación genética diera lugar a la curación de enfermedades tales como cáncer, esclerosis en placa, etc., pues ¡Bienvenido sea!, dado que nadie podría ignorar, y menos oponerse, a la trascendencia de tales descubrimientos y su importancia en la prolongación de la vida humana.

También es bienvenida la manipulación genética para lograr producir gran cantidad de insulina, a través de bacterias que han recibido gen de insulina de una célula beta del páncreas humano.

En cambio, no podemos aceptar y debe quedar terminantemente prohibida toda investigación con genes de otras especies, que pongan en grave riesgo a la especie humana. Dentro de muy poco tiempo será factible descifrar el “mapa” completo del genoma humano, lo que permitirá, mediante “Ingeniería Genética”, prevenir, más aún, curar afecciones con gran componente hereditario e incurable, tales como diabetes, alcoholismo, corea de Huntington, etc. abriendo de este modo una nueva perspectiva para el fortalecimiento de la salud y la prolongación de la vida humana en condiciones dignas.

Lo que no se debe permitir es la manipulación genética para lograr “hombres perfectos”. “La ingeniería genética no puede llevar al dominio del hombre sobre el hombre”.

Esta suerte de programación humana ha sido y es, motivo de preocupación de toda la sociedad científica mundial. Hay quienes, como Mayor Zaragoza que, insisten lisa y llanamente sobre el carácter inviolable del genoma humano.

Heibig nos habla del derecho que tenemos los seres humanos a “ser el producto de una casualidad”. Esto encierra el profundo significado ético de que cada ser humano que llega a la vida, sea él mismo, un ser auténtico, y no uno más de una copia. No siendo el resultado de una programación previa, producto de los anhelos de sus padres o de instituciones.

Cada ser humano debe seguir siendo el resultado de una "casualidad", por supuesto que esta casualidad entraña riesgos en algunos casos, dando lugar a seres humanos minusválidos o enfermos. Pero aún así, ha sido causa de motín en la evolución humana. Cada ser humano debe continuar siendo único e irrepetible y no un duplicado o repetición de algo conocido, para así poder desarrollar sus máximas potencialidades, tener "su" objetivo o proyecto de vida, a alcanzar sin condicionamientos o interferencias externas.

Debemos tener en cuenta que la manipulación del genoma humano no puede dar lugar a discriminaciones de formas "modernas" de esclavitud, como ser a crear hombres que reciban y cumplan órdenes dictadas por otros hombres sin discutir, etc.

Por supuesto que la calidad de un ser humano no depende solamente de sus genes, sino además en grado más importante de su entorno social, de sus relaciones interpersonales.

Juan Pablo II, en el mensaje de la Jornada Mundial de la Paz de 1990, "Paz con Dios creador, Paz con toda la creación", nos llamó la atención sobre estas investigaciones al decir: *"Tal vez no se ha llegado aún a calcular las alteraciones provocadas en la naturaleza, por una indiscriminada manipulación genética y por el desarrollo irreflexivo de nuevas especies de plantas y de forma de vida animal, por no hablar de inaceptables intervenciones sobre los orígenes de la misma vida humana. A nadie escapa cómo en un sector tan delicado, la indiferencia o el rechazo de las normas éticas fundamentales llevan al hombre al borde mismo de la autodestrucción"*.

21

Las palabras del Santo Padre nos alertan sobre los riesgos de la tecnología genética, que no podemos ignorar.

Además, para no dejar dudas, el mismo Papa Juan Pablo II, en su discurso con motivo del centenario de la muerte del Padre de la Genética, Gregor Mendel, dice: *"¿Tendrá el hombre la capacidad de utilizar las maravillosas conquistas de esta rama de la ciencia, iniciada en el huertecito de Brno, al servicio exclusivo del hombre?. El hombre comienza a tener en sus manos el poder de controlar su propia evolución. Los efectos buenos o no de este control, dependerán no tanto de su ciencia, sino más bien de su sabiduría"* (31 de Marzo de 1984).

Como vemos, el Santo Padre no pone obstáculos a la manipulación genética, pero hace hincapié en que los científicos deben basarse o fundamentarse para tal labor *"no tanto en su ciencia, sino más bien en su sabiduría"*.

Humildemente, nosotros creemos que como seres humanos solidarios, debemos preocuparnos y trabajar para que los hombres y mujeres que habiten este planeta, sean cada vez más humanos, más humildes, más sensibles, más solidarios, transitando los caminos éticos que llevan a la trascendencia humana. Si logramos esto, a no dudarlo, habremos conseguido que el hombre del mañana sea mejor a pesar de sus errores y defectos, propios de todo ser humano.

2) Fertilización Artificial:

Actualmente es común fecundar numerosos óvulos, para implantarlos posteriormente en el útero. Puede ocurrir que no se logre el implante de ninguno de ellos, o muy por el contrario, se obtengan numerosos implantes, dando lugar a embarazos múltiples.

La fecundación "artificial", como la palabra lo indica, es algo frío, técnico, no natural, en donde la dignidad del nuevo ser se devalúa, creando conciencia que es el producto de fabricación de un determinado laboratorio.

Otro método utiliza el cuerpo de la madre en lugar de la probeta, óvulos y espermatozoides se depositan en la trompa y ahí se produce la fecundación. Aquí la fecundación ocurre en el seno del propio cuerpo materno, distinta a la fecundación fuera del cuerpo, en el interior de una probeta. Al realizarse el implante en el útero es como si se "prestara" temporariamente el mismo, como casa de huésped.

Si nosotros creemos, más aún, estamos convencidos que un embrión es digno de respeto como ser humano, como persona, no podemos aceptar ni permitir que se lo manipule como si fuese un mero objeto.

3) Prolongación de la vida:

El gran avance científico tecnológico ha permitido prolongar la vida del paciente, antaño condenado a una muerte rápida. Esto ha dado lugar a verdaderos problemas éticos.

Tenemos el caso de un enfermo terminal, inconsciente, con muerte cerebral comprobada a través de varios electroencefalogramas "planos" con distintos intervalos, ausencia total de reflejos superficiales y profundos, falta de respiración, ¿es ético prolongar la vida?, o ¿se debe suspender todo tratamiento?.

Existen enfermos terminales, donde por la naturaleza de su enfermedad, han fracasado la quimioterapia, la cirugía, etc., no es posible seguir con los tratamientos que son inútiles y de gran costo económico, sin ignorar además el sufrimiento padecido por el enfermo.

En estos casos, la medicina se tiene que limitar a calmar al máximo los dolores y contener y apoyar afectivamente, acompañar, pues... *‘El papel del médico es no sólo prevenir la enfermedad, restablecer la salud, atenuar la invalidez, sino ayudar a bien morir, ya que el acto de morir, todavía pertenece a la vida y es su momento supremo’*.

Al no ser dueño de la vida ni de la muerte, le está vedado al médico acortar una adelantando la otra, como en el caso de la eutanasia, aunque haya sufrimiento y mal pronóstico y el paciente lo desee. La vida y el dolor tienen un sentido y es parte de la tarea médica ayudar a encontrarlo.

c) La medicalización de la vida:

23

El término “Medicalización” quiere significar la influencia de la medicina en la vida cotidiana de los seres humanos, gracias al gran poder de control sobre la sociedad por su presencia activa durante la salud y la enfermedad de las personas. La medicalización es conocida como sinónimo de salud, de bienestar.

La salud ha dejado de ser un asunto privado, es cosa pública, responsabilidad de toda la sociedad, no sólo de los gobiernos.

La salud es fundamental para el mejoramiento de la calidad de vida, no sólo de la persona, sino de la humanidad toda. La medicina en ésta, nuestra “sociedad tecnológica-industrial”, ha pasado a ocupar un lugar preponderante, tratando por todos los medios posibles de prolongar la vida humana, aún a costa de grandes sacrificios económicos. No olvidemos que de acuerdo a comprobaciones efectuadas en distintos Hospitales, las Unidades de Terapia o Cuidados Intensivos, dedicadas a pacientes graves, se lleva aproximadamente el 20% de los gastos totales del Hospital.

La gran retracción económica, agregada al encarecimiento de los servicios médicos, por el uso indiscriminado de la alta tecnología en la seguridad social, han dado lugar a un exagerado gasto en los servicios de salud, obligando a utilizar los escasos recursos disponibles en forma más racional.

El desafío actual, en los tiempos de este “mundo globalizado”, es cómo debemos financiar la salud ante la ausencia del estado benefactor, para que la misma llegue a todos los seres humanos por igual, cualquiera sea su condición social, raza o credo.

Para ello es fundamental, que los profesionales de la salud se mentalicen en usar en forma ética la tecnología, para evitar de este modo, dilapidar recursos económicos cada día más escasos.

Reflexiones:

El hombre actual se ha lanzado descontroladamente, en medio del avance científico-tecnológico, a buscar satisfacciones superficiales en lo material, olvidando o directamente ignorando lo trascendente, lo espiritual.

Busca, indaga, experimenta con el código genético para modificarlo y eliminar enfermedades, quiere vivir, le teme a la enfermedad, más aún a la muerte.

24

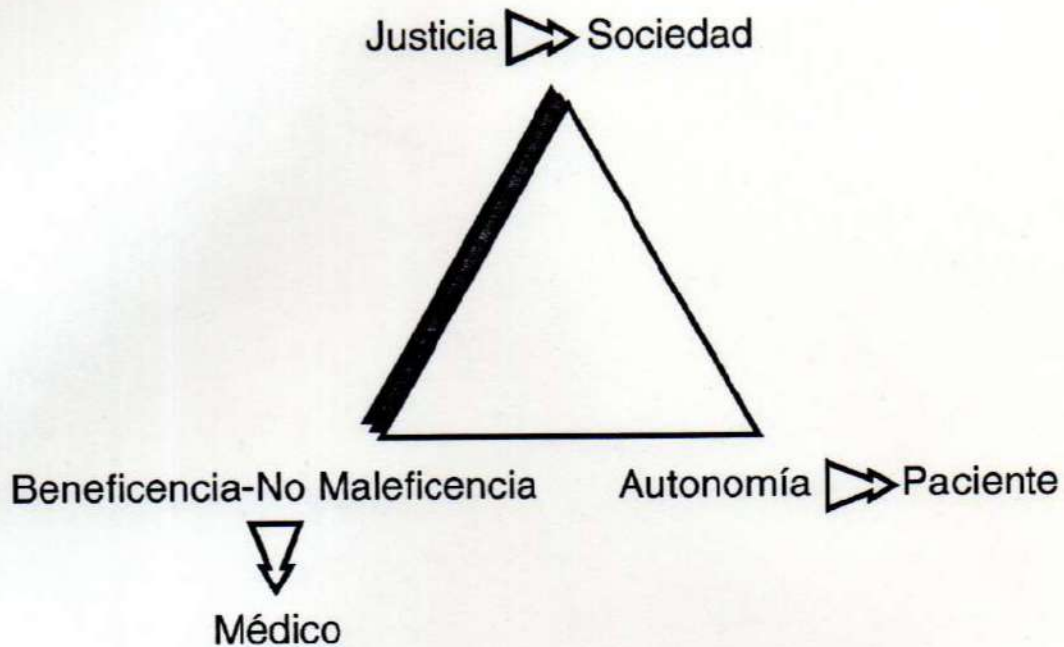
Se dice con justa razón, que el hombre es en los momentos de enfermedad cuando se detiene a reflexionar, analizar su vida en relación con sus familiares, amigos, vecinos; o sea, es en esos momentos cruciales de la vida, que observa con madurez, con detenimiento, con exactitud, sin rencores ni resentimientos, qué es lo que ocurre en su vida.

Proseguir el camino del hombre de nuestro tiempo, el de mostrar, el de aparentar más de lo que realmente es, a humillar, a ofender al prójimo, ser insensible, indiferente a las necesidades o carencias de los demás, dedicarse a la frivolidad, al lujo, es transitar un camino que nos lleva a la nada, ¡al vacío existencial!

¡Bienvenida la Biotecnología! que combate y cura enfermedades, pero debiera servir como un escalón para llegar o intentar llegar a lo ideal para los pueblos del mundo, a la Bioética, que nos permitirá con los instrumentos adecuados, tratar con respeto, con cariño, no sólo a enfermos sino a nuestros semejantes.

¡El hombre actual no es feliz!, a pesar de lo material, tiene un profundo vacío en su alma, por ello recurre al alcohol, a las drogas, a la promiscuidad sexual, a atentar contra su vida. No tiene un proyecto, un verdadero objetivo de vida trascendente.

Sólo respetando al prójimo, preocupándose por sus necesidades, especialmente espirituales, el hombre habrá logrado transitar el camino de la libertad, de la felicidad.



PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DE LA BIOETICA

El pensamiento bioético se asienta en tres principios fundamentales que son:

Actuar haciendo el bien a los demás, respetando su libertad y ser justos con los demás. Estos tres principios no admiten discusión y están siempre vigentes en la vida de relación del ser humano y se muestran eficaces para resolver problemas y tomar decisiones en el campo de la moral médica.

a) Principio de Justicia (del latín «justitia»):

Es el principio ético del orden social, la estructura moral básica de la sociedad que rige la vida de los seres humanos.

Según la tradición jurisprudencia romana, la Justicia se entiende ante todo en términos de merecimiento: *“dar a cada uno lo suyo”*. Una persona es tratada con justicia cuando recibe lo debido, ya sea un beneficio o perjuicio, premio o castigo (lo contrario es injusticia).

Así tenemos dentro de la justicia una retributiva, encargada de regular las relaciones entre las personas, y otra justicia, la distributiva, que modera las relaciones del estado con los ciudadanos.

La justicia en la salud se refiere a la asignación óptima de los recursos escasos. De aquí llega el concepto de equidad, como principio formal de la justicia: *“Los iguales deben ser tratados igualmente y los desiguales, desigualmente”*.

“Los principios materiales de la justicia identifican una propiedad relevante que sirve como base para la distribución de cargos y beneficios: 1) A cada uno igual parte. 2) A cada uno según su necesidad. 3) A cada uno según su esfuerzo. 4) A cada uno según su contribución social. 5) A cada uno según su mérito”.

26

Esta justicia o equidad no significa que se debe tratar a todos los pacientes de la misma forma exactamente, pero sí que cada uno tenga acceso a los servicios médicos adecuados, dignos y básicos.

Nosotros creemos que en toda sociedad que se considere justa, que promueve, declama y practica una verdadera igualdad de oportunidades, debe asegurar que un nivel básico de atención sanitaria esté al alcance de todos los ciudadanos independientemente de su edad, raza, credo o posición social.

Si comprobamos la existencia de una atención primaria de la salud que funcione en forma eficiente, entonces sin vacilar, podemos afirmar que estamos en presencia de una sociedad que transita el camino de la justicia.

Para ello es fundamental la voluntad política de los gobiernos, la presencia solidaria de toda la comunidad y la utilización, distribución de los recursos médicos, ya de por sí escasos, teniendo presente en todo momento las distintas prioridades.

b) Principio de Beneficencia

Beneficencia, que deriva del latín: «bonum facere» (“hacer el bien”) y no maleficencia, del latín «non malum facere» (“no hacer daño”).

El sentido etimológico de beneficencia y no maleficencia refleja mejor el concepto de ambos términos morales, que los usos convierten en nuestra lengua, beneficencia como caridad o filantropía y maleficencia como malicia o intención de hacer daño.

Hacer el bien y no hacer el mal, constituyen la forma originaria de la moralidad individual y social, y ambos, no dañar y ayudar al otro se pueden derivar de la misma naturaleza humana.

Dentro de la beneficencia no maleficencia debemos considerar cuatro elementos de acuerdo a su importancia.

- 1°. No hacer daño, no hacer mal («Primum non nocere»).
- 2°. Prevenir el daño o el mal.
- 3°. Eliminar el mal.
- 4°. Se debe hacer o impulsar el bien.

Debemos tener siempre presente que nuestra principal preocupación debe ser, no causar daño y luego preocuparnos en beneficiar al paciente.

Para Bauchamp y Childress, el primer deber del médico debe ser ¡no dañar!, antes de lanzarse a hacer el bien.

El daño que se hace a una persona es más criticable y condenable que el no haber promovido el bien. Por ejemplo, es más obligatorio no empujar fuera de la orilla de un lago al que no sabe nadar que, a posterior, luego de su caída, ir a rescatarlo cuando clama por ayuda. Según Gert, de este principio se derivan para el médico normas concretas como “no matar”, “no causar dolor”, “no incapacitar física o mentalmente”.

c) Principio de autonomía

Del griego «autos»: “uno mismo” y «nomos»: “regla”; literalmente “gobierno propio o autodeterminación”.

Es la condición del agente moral (racional y libre) que genera el principio de respeto por la autonomía de las personas e implica un derecho de no interferencia y una obligación de no coartar acciones autonómicas.

El análisis del concepto de autonomía permite distinguir dos componentes del mismo. Uno es la racionalidad o entendimiento (capacidad de evaluar claramente las situaciones y escoger los medios adecuados para adaptarse a ellos); y otro, es la libertad o no control (derecho y facultad de hacer lo que se decide hacer, o por lo menos actuar sin coacción o restricción).

Como vemos, el principio de autonomía se fundamenta en la certeza de que todo ser humano debe gozar de libertad; ¡sin control exterior! y debe ser respetado en las decisiones que tome sobre su persona. Esto significa reconocer que el enfermo como todo ser humano es un sujeto digno de respeto y consideración, jamás una cosa u objeto. Debemos dejar constancia que esto no significa ignorar el bien de los demás.

Autonomía no implica que el paciente haga lo que quiera. Concretando, podemos afirmar que la autonomía, en la práctica médica, implica que el enfermo debe ser correctamente informado de su afección, y de los tratamientos que se le van a aplicar con el fin de mejorar, y si es posible, restablecer su salud. Luego de haber informado correctamente, sin distorsionar, sin mimetizar, con equilibrio, con respeto, sin exagerar, con suma delicadeza, al paciente y éste a su vez dé pruebas acabadas de haber comprendido la información, llegamos al punto culminante de respetar la decisión que tome el mismo.

Como vemos, el principio de autonomía en el enfermo se funda en el llamado “consentimiento informado” que nos sirve de modelo para establecer la relación que debe existir en todo momento, entre los profesionales de la salud por un lado y el enfermo por el otro.

Dentro de esta relación médico-paciente, el profesional debe respetar además la regla de confidencialidad o del secreto profesional, que implica guardar, proteger, no revelar información de naturaleza personal obtenida en una relación fiduciaria.

La tradición del secreto profesional en la relación médico-paciente se remonta al Juramento Hipocrático que dice: *‘Callaré todo cuanto vea u oiga, dentro o fuera de mi actuación profesional, que se refiera a la intimidad humana y no deba divulgarse, convencido de que tales cosas deben mantenerse en secreto’*.

Siempre se ha enfatizado que para la buena y correcta relación médico-paciente es fundamental mantener el secreto médico como norma de conducta.

Otra regla moral a ser respetada por el profesional, es el de “veracidad”, que significa decir la verdad, no confundir, no engañar y, lo más importante, no mentir a otros. Mentirle a la persona es simplemente faltarle el respeto, menoscabar su dignidad y lograr así destruir la relación interhumana basada en la confianza mutua. A veces, algunos profesionales, recurren a la “mentira piadosa” o a retacear la verdad al comprobar que el paciente no está en condiciones ni quiere saber toda la verdad.

Resumiendo, autonomía es sinónimo de libertad, gracias a la cual el paciente es un sujeto normal con amplia capacidad de decidir sobre su salud y su vida.

‘Esto implica una gran diferencia con la ética tradicional, porque amparadas en la beneficencia y no maleficencia como únicas determinantes de la acción terapéutica, los médicos siempre relegamos a un segundo plano al paciente en cuanto ser libre y racional que tiene derecho a saber y tomar decisiones sobre su salud’.

Como vemos, en esta relación médico-paciente, se presentan dos modelos en conflicto, uno es el llamado “paternalista tradicional”, en el cual el profesional actúa como padre en beneficio del paciente pero sin su consentimiento. El otro es el “modelo contractual”, en donde las decisiones finales se toman, luego de analizar y respetar derechos y obligaciones que están en juego.

La relación médico-paciente al margen de si es paternalista o contractualista debe estar basada en la amistad, en el respeto, en la confianza entre ambos, o sea por un lado un enfermo consciente de su real situación, y por el otro un profesional capacitado y responsable. De este modo, se pretende que exista en todos los casos *‘una singular y rica relación humana, paradigma de humanidad, compasión y respeto’*.

Para ello es fundamental la presencia de la Ética y los valores morales siempre presentes en la vida privada y profesional del médico, conservando en todo momento las virtudes de integridad, humildad, respeto, etc., y por el lado del paciente, la sinceridad, respeto y confianza hacia el profesional.

En la práctica médica, frecuentemente surge una colisión entre los principios de beneficencia, no maleficencia y autonomía, pues en determinados casos el paciente competente puede tomar una decisión, que el médico puede considerar que no es la más conveniente para su salud o su vida. En estos casos el médico, puede cuestionar la competencia del enfermo, ya que piensa que un enfermo "normal" debe optar por lo más conveniente para su vida.

Este caso puede ser resuelto de dos formas diferentes según sea el país, por ejemplo en E.E.U.U. o en España, debido a las diferencias culturales entre una nación y otra. En E.E.U.U. predomina con más fuerza la autonomía del enfermo, mientras en España se pone mayor énfasis en el principio de beneficencia recortando o ignorando lisa y llanamente el principio de autonomía.

30

Otro Caso:

Un Testigo de Jehová se niega a recibir una transfusión sanguínea, en esta situación se puede anteponer la opción ética de respetar el principio de autonomía del paciente, a respetar su libertad de conciencia, su derecho a decidir por sí mismo que debe ser siempre respetado.

Por otra parte, el médico puede actuar y adoptar un planteo distinto, recordando que como profesional tiene la responsabilidad y la obligación moral de hacer el bien y evitar el mal, basándose en el principio de beneficencia. Aquí se pone en primer lugar la salud y la vida del enfermo, siendo la responsabilidad del médico en atenderle. La tendencia vigente ante estas situaciones es la de primar el principio de autonomía sobre el de beneficencia. Pero tampoco es generalizable este planteamiento. La inmensa mayoría de las personas está de acuerdo con la hospitalización de un enfermo mental, aunque se realice en contra de su voluntad. En esta situación se da primacía al principio de beneficencia sobre el de autonomía.

Se produce un conflicto entre la perspectiva moral que privilegia a los derechos de los individuos y la que se apoya en el bienestar de la mayoría.

Así, a la práctica de recluir a personas consideradas “peligrosas” debido a alteraciones de su salud mental, se oponen abogados y especialistas que defienden las libertades civiles y sostienen que quitarle a una persona su libertad cuando no ha cometido delito alguno, es una violación de sus derechos civiles. Por el contrario, los que defienden esta práctica se apoyan en el “principio del daño”: se recluye a personas que pueden dañar a los demás.

Tener presente que nunca se debe absolutizar el principio de autonomía, no se pueden respetar las opiniones del enfermo aunque sea competente, cuando son contrarias a las normas de práctica profesional o a la Ética del profesional médico.

Sintetizando, los principios anteriormente analizados son de validez absoluta siempre que no entren en colisión entre ellos. Con respecto al principio de justicia, el mismo tiene primacía y universalidad mayor que los otros dos.

OBJETIVO FUNDAMENTAL DE LA BIOÉTICA ACTUAL

El respeto y promoción de la persona humana en la práctica médica constituye el objetivo principal de la Bioética de nuestros tiempos.

Sin vacilar, podríamos decir que el objetivo fundamental de la Bioética actual es humanizar la medicina, para ello es imprescindible humanizar la relación del profesional médico por un lado, con sus conocimientos técnicos, clínicos, y el ser humano débil, enfermo, angustiado, por el otro.

LA DIGNIDAD DEL HOMBRE

Escuchamos infinidad de veces decir que “el hombre debe vivir con dignidad”, tanto en salud como en enfermedad.

Este merecimiento de dignidad no es un privilegio que se le otorga, sino un derecho que le pertenece, simplemente por ser una persona.

Nosotros nos preguntamos ¿Qué es la dignidad humana? Es el respeto del ser humano desde su fecundación hasta su muerte.

Otra pregunta que nos hacemos es ¿Todos los seres humanos tienen dignidad? Observamos que hay seres humanos que poseen una calidad de vida muy lamentable, y otros, en cambio, con una calidad de vida exageradamente buena.

En la concepción cristiana, el hecho de ser personas, imagen de Dios, es suficiente para ser merecedora de esa dignidad, por cualquier ser humano sin discriminación, por ser cada persona un individuo único e irrepetible, que ha de ser respetado en todo momento (principio de la santidad o inviolabilidad de la vida como criterio moral).

No es suficiente declamar constantemente sobre la dignidad humana y no hacer nada para hacerla realidad.

No debemos ignorar en ningún momento, y tener siempre presente al hombre como imagen de Dios. Atacar al hombre en su dignidad, es nada más y nada menos que ofender a Dios.

LA DIGNIDAD DEL HOMBRE ENFERMO

Todo estado de enfermedad pone en crisis y afecta la dignidad del hombre, con derecho a una vida en salud. El médico, por lo tanto, tiene la responsabilidad ineludible de proteger previniendo o restaurando, devolver la dignidad perdida por la enfermedad de su paciente. El hombre débil, el hombre deteriorado por la enfermedad, el minusválido ¡sigue siendo imagen de Dios!

Es menester dar los cuidados necesarios para devolverles, en lo posible, su salud, y en caso inevitable ante la muerte, acompañarlo, ayudarlo para que muera ¡con dignidad!

Para ello es necesario que la relación médico-paciente sea una relación respetuosa, profundamente humana, de persona a persona.

El médico debe obtener un conocimiento exacto de la patología del enfermo, para poder aplicar, sin interferencias, el tratamiento correcto. Para ello es fundamental no involucrarse afectivamente con el paciente.

Si por el contrario se dejase dominar por sus afectos o emociones, podría realizar un diagnóstico erróneo con graves implicaciones para el paciente. Por lo tanto, el médico no debe atender profesionalmente a aquellas personas a las que está unido por parentesco o amistad.

¿Cuál es el perfil de un buen profesional?

Es aquel que junto a sus conocimientos científicos adecuados acompaña cualidades humanas propias, como son: la sensibilidad, humildad, bondad, respeto, etc., hacia el paciente.

Por lo tanto, el gran desafío es el de lograr amalgamar, el de lograr fundir en un mismo crisol los conocimientos técnico-científicos, con la delicadeza, comprensión y amor para atender a los enfermos.

Señala Monseñor Escriva de Balaguer en una de sus homilias, que lleva el significativo título de "El respeto cristiano a la persona y a su libertad": *"La caridad cristiana no se limita a socorrer al necesitado de bienes económicos; se dirige antes que nada a respetar y a comprender a cada individuo en cuanto tal en su intrínseca dignidad de hombre y de hijo de Dios"*.

Por lo tanto, los profesionales de la salud deben dar a su paciente, un trato respetuoso en todo momento, extremando esta necesidad ante la presencia de un ser ya de por sí disminuido pero sin afección. Evitando causarle molestias, responderá a sus preguntas con simpleza, evitando crearle angustias y ansiedad. No debe existir en el seno de esta relación discriminación por su edad, sexo, credo, raza, militancia política o status social; cada vida humana es digna.

Algunos consideran que el enfermo posee una dignidad superior al ser humano sano, por su condición de enfermo.

Si ignoramos o simplemente no tenemos en cuenta el respeto que le debemos a los enfermos, a los débiles, la práctica de la medicina está condenada a ser instrumento de los poderosos.

El principio de la autonomía ignorando la debilidad del paciente crea una medicina para una minoría privilegiada, que olvida a los humildes, a los marginados, quienes se ven imposibilitados de exigir sus derechos.

El odontólogo o el médico no deben olvidar que su objetivo principal con respecto a sus pacientes es prevenir, curar, y cuando no logra curar, no debe abandonar al enfermo a su suerte, y debe acompañar, ayudar, contener.

El médico y el odontólogo protegen la dignidad del ser humano indefenso por la enfermedad.

No debemos olvidar que es obligación del profesional evitar que sus emociones sean una valla insalvable para dar al paciente el tratamiento terapéutico adecuado.

Por ello, se insiste a los profesionales, que sean afectivamente "neutros" en sus sentimientos, aunque esto sea causa de cierto distanciamiento entre médico-paciente.

Hay que buscar, en definitiva, un equilibrio, para lograr humanizar la relación, pero a la vez poner todo el esfuerzo necesario para impedir implicarse afectivamente en exceso.

Debe existir, entre los profesionales de la salud y el enfermo, una verdadera amistad, y como decía "el médico es un hombre bueno puesto en la ciencia y en el arte de curar". Es lo que Hipócrates declamaba con "el arte de curar" y agregaba "ante todo, jamás inquietar, siempre que sea posible, suavizar. A veces, curar, pero siempre tranquilizar".

Recordemos además un proverbio chino: "No camines delante de mí, no puedo seguirte. No camines detrás, no puedo ser tu guía. Camina a mi lado y seré tu amigo".

RESPONSABILIDADES DEL MEDICO Y EL ODONTOLOGO

Deben aceptar y respetar los principios religiosos, morales y políticos de sus pacientes y no deben intentar de imponer sus convicciones.

Muchas veces el paciente se aísla y no quiere dar a conocer sus convicciones porque cree que así se invade su intimidad. En estos casos el profesional puede realizar las indagaciones necesarias para conocer las convicciones y creencias del paciente, y poder de este modo, respetarlas.

Dentro del respeto hacia el paciente es fundamental dar una información clara, simple y sencilla sobre la afección que lo aqueja y el tratamiento instituido, para que de este modo pueda, en primer lugar, aceptarlo y posteriormente apoyarlo.

El "Consentimiento Informado" fortalece la relación médico-paciente.

En la relación médico-enfermo podemos afirmar, debe existir en todo momento, un respeto total que el profesional nunca debe intentar menoscabar o violar, so pena de perder su propio prestigio profesional.

El profesional en vínculo o relación con el paciente, debe usar la persuasión, que significa convencer con argumentos solidarios.

ENTORNO DEL ENFERMO

Al margen de la atención médico-odontológica recibida, no podemos ni debemos ignorar que cualquier enfermo, independiente de su gravedad, necesita, más aún, está ávido de paciencia, comprensión, de amor de padres, hijos, familiares que lo rodean.

TEMAS CANDENTES EN BIOETICA

Interrupción del embarazo: Aborto

La realidad del aborto en el mundo, es de tal magnitud que la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), haciéndose eco de esa preocupación, realiza diferentes estudios al respecto e informa a la opinión pública mundial, que anualmente se realizan entre 40 y 50 millones de interrupciones de embarazo en nuestro planeta.

Por supuesto que comprobar esta cifra es harto imposible.

Penalización del aborto

Dice el Art. 85 del Código Penal Argentino:

“El que causare un aborto será reprimido:

- 1) *Con reclusión o prisión de 3 a 10 años si obrare sin consentimiento de la mujer. Esta pena podrá elevarse hasta 15 años si el hecho fuese seguido con la muerte de la mujer.*
- 2) *Con reclusión o prisión de 1 a 4 años si obrase con consentimiento de la mujer. El maximum de la pena se elevará a 6 años, si el hecho fuese seguido de la muerte de la mujer”.*

Art. 86 (texto original vigente por ley 23.077, art. 1): *“Incurrirán en las penas establecidas en el artículo anterior, y sufrirán, además, inhabilitación especial por doble tiempo que*

el de la condena, los médicos, cirujanos, parteras o farmacéuticos que abusaran de su ciencia o arte para causar el aborto o cooperaren a causarlo.

El aborto practicado por un médico diplomado con el consentimiento de la mujer encinta, no es punible:

- 1) Si se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios;*
- 2) Si el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente. En este caso, el consentimiento de su representante legal deberá ser requerido para el aborto''.*

1) El llamado "aborto terapéutico", es aquel que se realiza cuando el profesional médico comprueba fehacientemente que el embarazo pone en grave riesgo, en verdadero peligro de muerte, a la futura madre.

36

Por ejemplo, en casos de embarazo ectópico, en el que el embrión no se implanta en el útero, sino fuera de él, como ser en las trompas uterinas.

- 2) Aborto ético o humanitario, cuando el embarazo es el resultado de un hecho delictivo, por ejemplo una violación.
- 3) Aborto psicosocial, es el realizado por razones psicosociales, económicas o sociales de la propia mujer. Dentro de este tipo de aborto entran, a no dudarlo, la mayoría de las interrupciones de embarazo que tienen lugar en el mundo.
- 4) Aborto eugénico, cuando existe el riesgo de que el nuevo ser presente anomalías o malformaciones congénitas.

Pero hoy en día gracias al avance científico tecnológico se puede tener una respuesta sobre la salud del feto:

- a) Se puede recurrir a la ecografía;
- b) al estudio del líquido amniótico;
- c) se puede realizar biopsia de las vellosidades coriales;
- d) estudio de sangre fetal, etc.

Es posible hoy en día mediante aparatología especial, introducir un medio óptico en el interior de la bolsa amniótica y tener de este modo una visión directa del feto.

Además de comprobar distintas alteraciones cromosómicas o genéticas mediante estudios, no debemos ignorar enfermedades de la propia madre que pueden dejar graves secuelas en el niño en gestación.

Tenemos, por ejemplo, las malformaciones en niños que se presentaban décadas atrás en Europa, por haber ingerido sus madres la droga conocida como Thalidomida durante el embarazo. Hay que tener en cuenta la presencia de enfermedades tales como: la rubéola, la toxoplasmosis, la sífilis, etc., que tienen una influencia negativa sobre el futuro niño.

Hoy en día el SIDA ha sacudido el ambiente científico, pues se ha comprobado que de embarazadas portadoras del SIDA, nace un 30% aproximadamente portadores del virus, de los cuales la mitad morirá antes de cumplir los dos años, previo padecimiento de diferentes y variadas enfermedades producto de su sistema inmunológico deteriorado.

No debemos olvidar aquellos niños nacidos de madres drogadictas, que llevan consigo al nacer la misma dependencia a las drogas.

En la actualidad, cada vez más, se impone el estudio o diagnóstico prenatal, para, de este modo, solucionar problemas en el mismo seno materno si es posible, o una vez nacido el niño llevarlo con premura a un instituto neonatológico para su tratamiento.

EL INICIO DE LA VIDA HUMANA

En toda discusión sobre el aborto, invariablemente se inicia por determinar, si es que se puede, cuándo se inicia la vida en el seno materno.

Existen distintas posturas al respecto. La Iglesia Católica reconoce y acepta que la vida del ser humano se inicia en el mismo momento de la fecundación, o sea desde el mismo instante en que el espermatozoide y el óvulo se unen, teniendo en cuenta que ese proceso de fecundación no es inmediato, sino que lleva varias horas la unión de los pronúcleos masculinos y femeninos.

Si nosotros prestamos atención, vemos *“que la base genética que tiene un básico influjo en la constitución de cada ser humano está ya marcada desde la fecundación y que se va a mantener hasta el final de la vida del individuo”*.

Quienes defienden el aborto, afirman que el embrión es una parte, una prolongación del cuerpo de la madre y, por lo tanto, ella puede disponer como quiera de él. Esto es inadmisibles, pues el nuevo ser que está en formación no es parte del cuerpo materno, es, biológicamente, algo nuevo, posee un código genético propio, elabora sus propias enzimas y proteínas, que son diferentes a las de la madre. Por supuesto que debemos reconocer a la vez, que este nuevo ser durante su desarrollo dependiente del organismo materno, pero es a la vez autónomo, ya que es él mismo el que dirige su propio proceso de desarrollo.

“Utilizando una comparación puede decirse que el nuevo ser es «arquitecto» de sí mismo en su doble sentido, ya que posee los «planos» de lo que él mismo va a ser y organiza mediante la síntesis de sus propias proteínas, su propio proceso de construcción; la madre le da albergue, le proporciona el «material» alimenticio y energético necesario, pero es el mismo nuevo ser el que, casi desde su misma constitución, dirige su desarrollo”.

Luego de la fecundación que tiene lugar en las trompas, el nuevo ser avanza durante tres o cuatro días, penetra a posteriori en el útero. Una semana después de la fecundación, el huevo anida en la mucosa uterina para continuar su desarrollo.

Este momento del embrión es de vital importancia, pues se mantiene la posibilidad de división del nuevo ser dando lugar a los gemelos monocigóticos idénticos. Esta división se puede dar antes o después de la implantación. También puede ocurrir que dos embarazos se fusionen en un único embrión. Por lo tanto, de acuerdo a Lacadena, hasta que finaliza el proceso de implantación, el nuevo ser no es “ni uno, ni único”, ya que puede dividirse en dos o más y en sentido contrario, dos embarazos pueden fundirse en uno sólo. Esto significa que esa individualidad del ser humano, está determinada después de pasadas dos semanas de la fecundación.

Es durante este proceso de anidación que se produce la mayoría de abortos espontáneos, ocasionando que muchos óvulos fecundados no logren implantarse. Se ha comprobado que gran parte de estos abortos espontáneos se produce en embriones con anomalías genéticas, que de continuar su desarrollo darían a luz a un ser con graves minusvalías. Es como si la madre naturaleza nos dijese “este ser no es conveniente que nazca”.

Hay quienes relacionan el inicio de la vida, de la existencia de un nuevo ser, cuando se detecta actividad cerebral y se dice que cuando existe una actividad eléctrica cerebral, en ese momento se puede afirmar de una existencia humana.

Esta posición es sustentada por los que afirman que la vida humana es un espectro continuo entre el comienzo de la vida cerebral intraútero y la muerte cerebral.

Se ha comprobado que de cuarenta a cuarenta y cinco días después de la fecundación es posible detectar ya, una pequeña actividad cerebral que es factible de registrar en un encefalograma.

Para el Derecho Romano, el derecho a la vida del nuevo ser se inicia desde su nacimiento.

Existen autores que señalan la importancia de las relaciones interhumanas para lograr la personalización con su psiquismo y personalidad humanas en un entorno que le permite humanizarse *“estos autores consideran que existe desde el principio un «ser humano», pero que no está aún «plenamente humanizado»*”. Este salto hacia la plena humanización depende de las relaciones que entablen con él las personas que la rodean, especialmente los padres. Por lo tanto, le dan importancia a *“criterios relacionales”* para la aceptación del nuevo ser como humano, el que haya sido procreado para tal fin. Algunos autores basándose en estos criterios no conceden el derecho a la vida a un ser que desde su inicio no es deseado por su madre, no ha sido deseado ni procreado intencionalmente.

39

En toda discusión ética sobre el aborto, es ineludible tener presente los hechos científicos que están fuera de toda discusión respecto del cigoto (célula huevo resultante de la fusión del óvulo y el espermatozoide):

- a) se trata de un ser nuevo;
- b) es biológicamente humano;
- c) tiene la capacidad de dar origen a un nuevo ser que tiene un derecho fundamental que es a vivir.

En toda polémica sobre el aborto se le da exagerada importancia a las opiniones vertidas por los médicos sobre cuándo el embrión tiene derecho a la vida durante el transcurso de su desarrollo.

Algunos creen que los científicos, y únicamente ellos, son los que tienen la última palabra para aclarar cualquier dilema ético sobre el aborto, determinar en forma autoritaria si estamos ante un ser humano o no.

Nosotros creemos, que si ignoran la importancia de la presencia de los científicos con sus distintas especialidades, llámese embriología, biología, etc., toda discusión ética sobre la problemática del aborto, debe transitar el camino de una profunda reflexión filosófica, ética, teológica.

LA IGLESIA CATOLICA Y EL ABORTO

La Iglesia Católica, desde siempre, se ha opuesto y se opone tenazmente al aborto, lo mismo acontece con las demás Iglesias Cristianas. Pero es importante resaltar que en la Biblia, no existe ningún texto específico, que en forma sencilla y categórica condene la práctica del aborto.

40

Si bien el Quinto Mandamiento habla del “No matarás”, no se refiere directamente al aborto, y además muchos estudiosos y expertos de la Biblia coinciden en afirmar que el autor de los Diez Mandamientos no pensaba en el aborto específicamente dentro del “No matarás”.

“Aunque no existan textos explícitos que condenen el aborto, sí hay una serie de intenciones éticas básicas en el Antiguo Testamento, que llevarán a considerar posteriormente el aborto incompatible con la fe cristiana. Habría que hacer aquí referencia a los muchos textos bíblicos que expresan el señorío de Dios sobre la vida del hombre, la condena del derramamiento de sangre del inocente, el valor del débil e indefenso a los ojos de Dios y, especialmente, varios textos veterotestamentarios en los que se presenta un cuidado y una providencia especial de Dios sobre la vida que se está gestando (que aparece en la vocación de varios profetas y, de forma bella, en el Salmo 139,13: «me has tenido en el vientre de mi Madre»)”.

El primer libro cristiano, el libro de Didaje considera al aborto inaceptable para la ética cristiana.

En el libro de Tertuliano leemos que *“también es hombre el que lo va a hacer, igualmente que todo el fruto ya está contenido en la semilla”*.

Las tomas de posturas de la Iglesia en el transcurso del tiempo es más categórico respecto al aborto.

La “Gaudium et Spes” del Vaticano II, condena el aborto en los números 27 y 51. En el N° 51 las Actas Conciliares muestran como se modificó un texto previo en el que se decía: *“La vida ya concebida en el útero ha de ser salvaguardada con el máximo cuidado ...”*. Se consiguió y se puso en su lugar “Desde la concepción”, para evitar que la defensa de la vida sólo fuese obligatoria a partir de la anidación en el útero.

En resumen, para la Iglesia Católica la vida es inviolable desde el mismo momento de la concepción.

Este derecho a la vida es aplicable en todos los casos, aun en indicaciones terapéuticas, humanitarias y eugénicas.

Sabemos que impedir el nacimiento de un niño es aborto, pero sería una verdadera hipocresía no poner obstáculos al nacimiento, pero tolerar que ese nuevo ser tenga obstáculos, impedimentos para desarrollarse en un medio de pobreza y marginación.

41

De la misma forma que nos preocupamos por una vida no nacida, mayor debe ser para hacer posible el desarrollo armónico del mismo una vez abandonado el seno materno.

Recordemos las palabras vertidas por Adolfo Pérez Esquivel (Premio Nobel de la Paz 1980): *“quien justifica el aborto justifica la pena de muerte y yo estoy contra la pena de muerte y contra el aborto. Ser progresista significa defender la vida y nada más”*.

EUTANASIA

La palabra eutanasia proviene del griego. «Eu» significa “buena” y «thanatos» significa “muerte”, o sea “buena muerte, sin dolor” o “muerte digna”.

Actualmente, la palabra eutanasia implica un accionar médico que tiene como objetivo acelerar la muerte o acortar la vida del paciente terminal, o directamente, por distintos medios, interrumpir abruptamente la vida.

La eutanasia puede ser activa o pasiva. En la activa, directamente el médico con su intervención terapéutica acelera la muerte. *‘Es el acto de matar a un individuo afectado por una enfermedad incurable o una lesión irreparable, especialmente mediante la administración de un fármaco letal’*.

En la pasiva en cambio, la muerte sobreviene por omitir, por no aplicar un tratamiento que podría prolongar la existencia del enfermo terminal. *‘Es la opción ética por la que se permite que las personas en situación terminal mueran sin que se tomen medidas excepcionales para prolongar sus vidas, tales como el empleo de dispositivos artificiales o sistemas orgánicos capaces de mantener el latido cardíaco y las ondas cerebrales, pero que no pueden ofrecer ninguna esperanza de supervivencia natural’*.

Dentro de la eutanasia activa tenemos un caso especial, el de un enfermo terminal que padece sufrimientos y a quien el médico le aplica morfina para evitar o mitigar esos dolores. Esta dosis de morfina produce una depresión respiratoria no queriendo ni buscando ocasionar la muerte del enfermo. Este caso es conocido como eutanasia activa pero indirecta. Es activa pues el médico con su medicación acorta la vida y es indirecta pues el profesional no pretendía hacerlo, sino simplemente evitar el sufrimiento y el dolor al enfermo.

Eutanasia voluntaria: El enfermo pide al profesional que se practique la eutanasia.

Eutanasia no voluntaria: Es en aquellos casos en que el enfermo no está en condiciones psicológicas, es incompetente, no puede expresarse y sufre grandes padecimientos.

Suicidio asistido: Es el paciente quien finalmente decide acabar con su vida. En este caso el médico pone a su alcance la medicación por medio de dispositivos especiales para que sea él, el que ponga término a su vida. Numerosos casos realizados por este tipo de interrupción de la vida han llevado ante la Ley estadounidense a su “inventor”, el Dr. Jack Kevorkián, conocido como el Doctor Muerte.

ENSAÑAMIENTO TERAPEUTICO

Es cuando los médicos abusan de los tratamientos, los cuales son desproporcionados, para mantener con vida a los pacientes en procesos irreversibles.

Un caso paradigmático de rechazo al encarnizamiento terapéutico, es lo sucedido al enfermo Angel Fausto Parodi, de 63 años, a quien ya le habían amputado parte de la pierna derecha en 1995, por padecer de diabetes, y ante la existencia de un cuadro de infecciones fue internado nuevamente. Los médicos deciden una amputación de la pierna izquierda. En esta oportunidad, Parodi no acepta la mutilación y la justicia lo apoya, exigiendo que *“se respete la voluntad de un hombre que se negaba a que le amputaran una pierna para salvarle la vida, con el argumento de que toda persona tiene derecho a morir con dignidad”*.

La Iglesia, por medio de Monseñor Santiago Olivera Nicasio, General del Obispado de Morón, acepta como correcta la decisión del Juez, señalando que *“En el nuevo Catecismo de la Iglesia Católica se hace referencia a este tipo de dilemas”*.

Allí dice (en el N° 2278) que: *“la interrupción de tratamientos médicos onerosos, peligrosos, extraordinarios o desproporcionados a los resultados, puede ser legítima. Interrumpir estos tratamientos es rechazar el encarnizamiento terapéutico. Con esto no se pretende provocar la muerte, se acepta no poder impedirla”*.

La Iglesia se opone categóricamente a la eutanasia pues sostiene que *“Dios da la vida y Dios la quita”*.

Para el Dr. José Alberto Mainetti (Doctor en Medicina y Filosofía): *“Una alternativa terapéutica, cuando ya no es posible curar, es la de cuidar”*. Nueva filosofía que surgió en la década del '60 en Inglaterra y que aconseja a los médicos: *“Curar a veces, aliviar a menudo, y consolar, cuidar siempre”*. Así surgió una verdadera especialidad conocida como “Cuidados Paliativos”; en ella intervienen médicos, especialistas, sicólogos, enfermeras, sacerdotes, abogados, etc., que tienen como finalidad controlar los síntomas del enfermo terminal, acompañar y contener al paciente como a su familia.

El alivio y control de los síntomas actúa como verdadero lazo de unión entre el médico y el paciente. *“La debilidad, el dolor, la falta de apetito, el insomnio, la angustia, el miedo, los vómitos, la constipación o la diarrea, empeoran su calidad de vida”*, explica el Dr. Alvaro Sauri, del Hospital de Oncología Roffo (Buenos Aires). Además dice: *“Es un mito para desterrar que una persona debe morir sufriendo dolor”*.

El equipo de "Cuidados Paliativos" acude al paciente y a sus familiares, a quienes acompaña, no sólo dentro del Hospital o Clínica donde está recluido, sino, llegado el caso, realizan la atención en el domicilio del enfermo, si éste eligió allí para morir.

Los "Cuidados Paliativos" no acortan ni alargan la vida, en cambio prestan un gran servicio humanitario, pues acompañan y alivian al paciente y su familia.

REFLEXION FINAL

Se habla repetidamente sobre el Derecho a una "Muerte Digna", pero antes que ello es importante respetar el Derecho a una Vida Digna, que muchas veces es ignorado y no es respetado.

Cuando existe desempleo, pobreza, violencia, falta de medicamentos y atención para los marginados, los desposeídos ¿podemos hablar y legislar con autoridad sobre una muerte digna?

Si en la propia vida cotidiana la dignidad brilla por su ausencia, ¿es creíble que el enfermo pueda reclamarlo al final de la misma a la sociedad? ¿Podemos hablar de dignidad cuando millones de argentinos están sumidos en la miseria?

Se observa cómo a pacientes económicamente respaldados se los atiende con "esmero" o se los sobreatiende, y por otro lado, no existen médicos para atender con dignidad a seres humanos humildes, desposeídos. Como dijo en cierta oportunidad el sacerdote Leonardo Belderrain, que integra el Centro de Información y Estudios en Medicina Paliativa: *"Lo que urge en América Latina es acotar la mistanasia, es decir, la muerte infeliz por abandono social, espiritual y médico"*.

Odontología y Bioética

ETICA Y CONDUCTA PROFESIONAL ODONTOLOGICA

Siete años después de la fundación de la Asociación Dental Americana (ADA), nace en 1866, en los Estados Unidos, lo que se conoció como *"Principios de Etica y Código de la Conducta Profesional Odontológica"*.

Desde aquel momento hasta las épocas actuales, esas normas éticas fueron sufriendo reformas y reformulaciones sobre los siguientes aspectos:

- * Posición ante la malapraxis odontológica.
- * Relación odontólogo/paciente.
- * Relación odontólogo/sociedad.
- * Aspectos formales en la presentación de los textos.
- * Actitud ante la publicidad profesional.

Con respecto a la posición ante la malapraxis odontológica, en 1928 se incluyó en el Código de Ética Americano la *“obligación de reportar la conducta ilegal, corrupta o deshonesto de cualquier miembro de la profesión”*.

Por el contrario, en el año 1944, esa exigencia fue suplantada por: *“Hay muchas obligaciones asumidas por quienes han escogido la odontología como su trabajo (...)”*.

45

Para conocer la respuesta a otras cuestiones no presentadas en este Código, necesitamos guiarnos por la regla cristiana de *“tratar a los otros como querriamos que ellos nos traten”*.

Por fin en 1974 y 1979, se obligó a reportar *“las faltas graves o continuadas en los tratamientos hechos por otros dentistas”*.

Las cifras sobre malapraxis odontológica eran en 1980, bastante alarmantes. El Profesional Protector Plan, entidad de seguros apadrinada por la American Dental Association, recibió ese año un promedio de 7,6 demandas por cada 100 dentistas asegurados. En 1983 esa cifra se incrementó al 9,3%.

Por otro lado, en el texto de 1866 se destacaba que el odontólogo debía tener cuatro virtudes: benevolencia, firmeza, simpatía y temperancia.

En 1922 se consideró que la relación odontólogo/paciente se basaba en *“tratar a los otros como deseáramos que ellos nos traten”*. Más adelante, en 1928, se consideró que el principal propósito de la profesión odontológica era servir a la humanidad.

Los derechos civiles de los negros influyeron en los años '70 sobre las normas éticas de la odontología americana. Se incorpora lo siguiente: *“Aunque un dentista en servicio puede*

seleccionar los pacientes para su ejercicio, no podrá negarse a aceptar un paciente o negarle el servicio profesional a causa de su raza, credo, color, sexo o nacionalidad''.

Pero, la *'razonable discreción'* no ocultaba la marca de la discriminación racial que existía dentro de la práctica odontológica.

En relación a la publicidad profesional, en 1899 se permitió a los dentistas realizar anuncios y tarjetas donde se indicaban nombre y dirección profesional.

Setenta años después esa postura fue considerada como antiética por la American Dental Association. Tiempo después, en 1979, se reforman nuevamente esas normativas, lo que llevó a realizar propagandas que llegaron a ser verdaderamente escandalosas.

Por una decisión de la Suprema Corte de Justicia, la ADA entró dentro de la jurisdicción de la Ley Anti Trust y la Federal Trade Commission decidió que dicha asociación no debía interferir en la publicidad de los afiliados. Esta fue una verdadera medida capitalista que contribuyó a estimular la competencia profesional.

46

ODONTOLOGIA Y SIDA. DILEMAS ETICOS

Frente a la epidemia del SIDA, la pregunta de candente actualidad es si se debe exigir a los odontólogos en ejercicio, dar a conocer su condición de HIV positivo.

Existe gran preocupación entre los pacientes por el riesgo de transmisión del virus en consultorios odontológicos. Si bien el riesgo de contraer SIDA de un profesional del equipo de salud es bajísimo, tal temor está latente en todo momento.

En New Jersey (E.E.U.U.), el Juez Phillip S. Carchman, dejó sentado el precedente de que un hospital podrá exigirle a un cirujano con HIV positivo que no realice intervenciones quirúrgicas, o en su defecto informe a sus pacientes previo a la operación, y que éstos, en última instancia, decidan si quieren ser operados o no por ese profesional.

Se ha comprobado que cuando los pacientes revelan enfermedades tales como hepatitis, tuberculosis, etc. son pasibles de ser discriminados, a pesar de ser tratables y curables. Con mayor razón son marginados, no son atendidos, cuando trasciende su estado de HIV positivos.



Si bien la posibilidad de transmisión del virus del SIDA del odontólogo al paciente es baja, alrededor de uno en un millón, el hecho que hasta hoy sea incurable, aterra.

La American Dental Association (ADA), ha decidido que los odontólogos HIV positivos no deben realizar procedimientos invasivos.

ATENCION ODONTOLOGICA DE PACIENTES CON SIDA

La American Dental Association (ADA) y la American Medical Association (AMA), han dejado bien establecido que sus miembros tienen la obligación de atender a personas HIV positivas.

Pero, aún tomando todos los cuidados al dar o recibir atención odontológica, existen temores, tanto por parte del paciente como del profesional.

En nuestra época de estudiantes de odontología, se nos indicaba que la carga de la jeringa, con su aguja respectiva, debía hacerse fuera de la vista del paciente para evitar un anticipado temor a nuestra prestación. Hoy eso no es recomendable, a pesar de lo negativo y que genera una tensión nerviosa fácilmente comprobable; los mismos pasos deben ser hechos delante de la vista del paciente, para que no queden dudas del uso constante del material descartable.

En una encuesta realizada a 300 odontólogos en E.E.U.U., el 51% afirma que un odontólogo HIV positivo debe interrumpir su práctica profesional, el 38% debería introducir cambios en su actividad y aproximadamente el 75% de los encuestados están de acuerdo en informar a sus pacientes de su estado.

En resumen, la mayoría de los profesionales dejaron establecida la responsabilidad moral de proteger a los pacientes.

Ha quedado establecido que no se le puede exigir a un paciente las pruebas de laboratorio para detectar SIDA. El odontólogo debe atender a todos los pacientes, tomando los mismos cuidados en bioseguridad, fuesen o no HIV positivos.

Si el paciente revela su condición de infectado, no se lo debe marginar, discriminar, se lo debe atender con cuidado pero con dedicación, esmero y sensibilidad humana.

En nuestro país, la ley 23.798, determina que el análisis de SIDA debe ser estrictamente confidencial, siendo necesario el consentimiento informado del paciente, autorizando por escrito que está de acuerdo que se le haga el análisis respectivo.

Linda Sasson, miembro de la Fundación Huésped, considera que conociendo la identidad de los pacientes, no se detiene ninguna epidemia. *“La única herramienta para detener a la epidemia es la educación, que es un trabajo previo a la detección del virus. Lo que hay que lograr es que la gente tome conciencia y no se infecte, porque aprendió a cuidarse”*.

En el año 1996, la Corte Suprema de Justicia reconoció el derecho de la Policía Federal Argentina de realizar a su personal análisis de SIDA sin su consentimiento. No obstante, la Corte consideró ilegítimo el pase a retiro de un Subcomisario, porque no se evaluaron los efectos que su condición de portador asintomático de HIV podía provocar en sus tareas.

ETICA Y REMOCION DE LA AMALGAMA

Desde hace unos años, comenzó a instalarse en los pacientes cierto temor a obturar sus elementos dentarios con amalgamas, pues corrió como reguero de pólvora, en muchos países, que el material tóxico (mercurio) de las amalgamas podía ser el causante de graves enfermedades. Incluso se llegó por parte de algunos pacientes, a solicitar encarecidamente al odontólogo, la remoción de amalgamas en boca desde hacía muchos años y su reemplazo por otro material de obturación.

De acuerdo a los conocimientos científicos actuales, ningún odontólogo tiene justificativo para levantar una amalgama y reemplazarla por otro material.

La resolución de la ADA 42H-1986 define las condiciones bajo las cuales la remoción de amalgamas es claramente antiética. Bajo el título de “Principios de Ética y Código de Conducta Profesional”, determina que... *“la remoción de amalgamas de un paciente no alérgico, con el propósito alegado de remover sustancias tóxicas del cuerpo, cuando tal procedimiento es realizado solamente por recomendación del odontólogo, es inapropiado y antiético”*. *“El odontólogo que sostenga que un tratamiento odontológico recomendado o realizado cura o*

alivia enfermedades infecciosas u otras patologías, careciendo de fundamento científico aceptado, está actuando en forma antiética''.

Esto significa que mientras no exista un justificativo científico, el odontólogo al remover una amalgama, está violando el principio de beneficencia (hacer el bien al paciente).

De más está decir que aquel odontólogo que efectúa un levantamiento de una amalgama para cobrar honorarios, merece nuestro total y absoluto repudio.

En otras oportunidades es el mismo paciente que insiste al odontólogo en el reemplazo de la amalgama.

Es responsabilidad del profesional tranquilizarlo y manifestarle que es una simple campaña sin fundamento científico lógico y aceptable, que no justifica la eliminación de la obturación. A continuación, explicarle los daños que se producen en el elemento dentario al proceder a la remoción, pudiendo llegar en casos de obturación profunda a la exposición pulpar y a la necesidad a posteriori del tratamiento endodóntico respectivo y a una restauración protésica final con sus respectivo perno pilar y corona.

49

Debemos explicarle, sin vacilar, del costo económico de toda una terapéutica innecesaria, y a todas luces inútil.

En estos casos, el paciente puede ejercer el derecho a la autonomía (se basa en el respeto a las personas y en reconocer el derecho del paciente a tomar y a decidir como mejor le parezca respecto a su propia salud).

La autonomía aplicada a la odontología, significa que el profesional debe dar la oportunidad de tomar sus decisiones a través del consentimiento informado.

Para lograr un consentimiento informado justo, es fundamental transmitir al paciente en forma simple, con un lenguaje claro, toda la información necesaria, para que pueda comprender, permitirle hacer todas las preguntas necesarias, contestar con franqueza las mismas, sin influir en el mismo y darle finalmente, la oportunidad a tomar la decisión si se le hace el tratamiento o no.

Pero no debemos olvidar que los odontólogos tienen derecho a ejercer su autonomía. *“El odontólogo conserva su autonomía; 1º, para presentar y explicar únicamente aquellas*

opciones de tratamiento que considere aceptables para cubrir las necesidades del paciente;
2º, para negarse a practicar un tratamiento que considere inaceptable”.

ANECDOTA PROFESIONAL

Cierto día, concurrió a mi consultorio un paciente de sexo femenino, y me pidió encarecidamente que le instalara dos coronas enterizas de oro en ambos incisivos centrales superiores. Ante mi rotunda negativa, por tratarse de dientes sanos y por ser dichas coronas totalmente antiestéticas y, por lo tanto, contraindicadas en piezas anteriores, siguió insistiendo y me dijo que me abonaría mis honorarios sin inconvenientes. Con el fin de no dilatar más la consulta le contesté: “Señora, si yo le realizo esas coronas, mi conciencia no me dejaría conciliar el sueño”.

BREVES REFLEXIONES SOBRE LA FALTA DE ETICA EN EL EJERCICIO DE LA ODONTOLOGIA

50

En la época actual de la ‘Globalización’, cuyo único fin es el logro económico, sin tener en cuenta los medios, observamos en nuestra profesión la presencia de odontólogos, que actuando como verdaderos comerciantes, se mofan de la ética.

Vemos como el ‘Mercantilismo’ ha contaminado gravemente nuestra profesión. Observamos frecuentemente, recurriendo a numerosos cartelones, ofrecen atención odontológica, tentando además atraer pacientes ignorantes o desesperados, sin medios económicos, con supuestos premios o sorteos.

La pregunta que nos hacemos es ¿De dónde han egresado estos individuos que en lugar de preocuparse por la salud de los pacientes, se dedican a llenarse los bolsillos?

Ha llegado la hora de hacer un verdadero replanteo en nuestra enseñanza de la odontología.

Nos dedicamos a mirar indiferentes cómo una minoría de “especialistas”, utiliza la misma como un medio para enriquecerse, atendiendo a un grupo ínfimo de pacientes adinerados, o por el contrario, nos comprometemos a capacitar a nuestros estudiantes para que en el día de mañana, ya con el título debajo del brazo, sean verdaderos profesionales, profundamente

humanos, con deseos de atender a todos los habitantes de nuestro país, cualquiera sea su condición social.

No es suficiente atender extramuros en Dispensarios ubicados en zonas marginales.

Es imprescindible que todos nuestros estudiantes antes de egresar vayan y vean dónde y cómo sobreviven muchos de nuestros hermanos, pobres y enfermos. A no dudarlo, esa será la mejor enseñanza.

Comités de Bioética

“Son las instancias o estructuras de diálogo y decisión bioética que asumen la responsabilidad de intentar clarificar y resolver racional y razonablemente los conflictos de valores que se presentan en la investigación o en la práctica clínica”. (F. Abel).

51

Los Comités de Ética se crearon para lograr resolver de la mejor forma posible, los verdaderos dilemas con los cuales se enfrentan los profesionales de la salud.

Estos Comités surgieron ante la imposibilidad de dar, muchas veces, una respuesta única y categórica a situaciones verdaderamente conflictivas, que se originan en la práctica médica, tratando a la vez, de mantener en lo posible la dilucidación de esos problemas, alejados de las Cortes.

CONSTITUCION DE LOS COMITES DE ETICA

Están formados por un grupo de personas, seleccionadas dentro de un centro hospitalario, que tiene como fin estudiar los aspectos éticos que surgen en la atención del enfermo, con los diferentes miembros que constituyen el equipo de salud, responsable de tomar las decisiones.

Como vemos, los Comités de Ética constituyen un terreno propicio de diálogo dentro de la bioética. A menudo, el médico debe decidir con rapidez la conducta terapéutica a seguir, sobre pacientes muchas veces en grave estado, y esta decisión frecuentemente la debe tomar a solas, acompañado por su conciencia, estando expuesto a cometer errores propios de la sole-

dad. Frente a esta situación, la presencia de los Comités de Ética logra llenar un verdadero vacío en la práctica médica, pues un equipo de personas en franco diálogo, estará en mejor situación de dilucidar un problema médico, sugiriendo la toma de decisiones terapéuticas más justas.

Verdaderos grupos interdisciplinarios deben formar parte de estos Comités de Ética (médicos, filósofos, teólogos, economistas, administradores de hospitales, abogados, miembros de la comunidad, enfermeros, investigadores, etc.).

FUNCIONES DE LOS COMITES DE ETICA

La más importante es capacitar, preparar a las personas que forman parte del mismo y a demás miembros del centro de salud.

Permitir y promover una sana discusión de variados casos clínicos, analizando, aconsejando, para la toma de decisiones en verdaderos dilemas.

Dejar establecido, en determinados casos hospitalarios, los pasos a seguir, como ser el de respetar el “principio de autonomía” y el “consentimiento informado” y la atención específica de pacientes Testigos de Jehová, etc.

Infinidad de veces, en la práctica médica, se presentan interrogantes a resolver. ¿Es conveniente seguir aplicando una terapéutica que no mejorará en lo más mínimo la salud del paciente? o, por el contrario, ¿el médico se debe limitar a permitir al paciente, que acompañado en todo momento y sin dolor, tenga una muerte digna?

¿Se deben tener en cuenta las opiniones y los deseos de los familiares del enfermo? ¿Se deben respetar o no los deseos de los enfermos? ¿Cuáles son los límites de la utilización de los recursos, ya de por sí escasos? ¿Debemos permitir en aquellos casos de enfermos terminales que la familia contraiga deudas enormes, esperanzada en la cura del ser querido?

No debemos olvidar que los Comités de Ética deben existir, teniendo siempre presente que deben “servir a los pacientes y proteger sus intereses”.

DISTINTOS TIPOS DE COMITES DE ETICA HOSPITALARIA

R. Veatch nos da a conocer cuatro tipos de Comités de Ética Hospitalarios.

- 1) Los que analizan valores éticos y de otro tipo en decisiones sobre la atención de un paciente individual.
- 2) Comités que se ocupan de decisiones éticamente más generales, utilización, distribución de recursos, capacidad hospitalaria para atender determinados casos, etc.
- 3) Comités consultivos que tienen como finalidad aconsejar en el caso de pacientes terminales.
- 4) Comités de pronóstico, tal como fue propuesto por el Juez Hughes en el caso Quinlan.

(En su sentencia del 31 de marzo de 1976, el Juez Richard Hughes de la Corte Suprema de Nueva Jersey, E.E.U.U., respondía a la demanda de suspender la respiración artificial de una joven en coma profundo, señalando que debía consultarse al Comité de Ética del Hospital en el que se hallaba internada. Hughes apelaba, entre los fundamentos de su juicio a un artículo reciente de la pediatra Teel, en el que ésta proponía un comité de ética integrado por médicos, trabajadores sociales, abogados y teólogos, como instrumento de diálogo para la evaluación de diferentes opciones terapéuticas aplicables a un paciente determinado).

53

A estos cuatro tipos, Spinsanti agrega un quinto, referido a aquellas instituciones de la salud en donde se le da importancia fundamental, a lo confesional y a la moral religiosa.

Los temas más tratados por los Comités son: normativas sobre reanimación, continuación o no de respiración asistida u otras formas de soporte vital a los pacientes, muerte cerebral, consentimiento informado, investigación en humanos, docencia de bioética y metodología en la toma racional de decisiones.

Los Comités tienen la responsabilidad, a través de sus miembros, de aconsejar, sugerir a los componentes del equipo de salud, al enfermo, a su entorno familiar, reflexiones, que actúen como apoyo, ayuda, respondiendo preguntas, aclarando ideas.

La función primordial del Comité de Ética es la de informar y aconsejar.

No debe tomar decisiones, ni obligar a los miembros del equipo de salud a tomar determinadas decisiones terapéuticas, sino simplemente arrimar sugerencias para que ellos, que tienen la responsabilidad del enfermo, las tomen o no.

INFORMACION Y CONFIDENCIALIDAD

En las prácticas de la medicina y la odontología, el paciente es el que ofrece la información para la confección de su historia clínica, por lo tanto, él es el dueño de su diagnóstico, de sus estudios, los debe conocer y el profesional le asegura confidencialidad.

La confidencialidad significa que la información tiene que ser revelada por una persona a otra (del enfermo al médico), con la promesa que no la va a revelar.

En la relación médico-paciente, el paciente revela información sobre sí mismo al médico, para que éste utilice esa información para lograr un diagnóstico correcto y poder efectuar a posteriori un tratamiento adecuado que lleve a lograr la salud del mismo. El médico está comprometido a no revelar la información a nadie, salvo en casos excepcionales como por ejemplo, el maltrato infantil.

Por lo tanto, en la relación médico-paciente existe una relación de confidencialidad total, respaldada por un "status jurídico especial de carácter constitucional y legal".

Este derecho del paciente está protegido legalmente.

Si el paciente presta su consentimiento, la información proporcionada al médico podrá ser divulgada. Si lo niega expresamente, el médico no puede divulgarla salvo las justas causas que se lo permiten.

Constituyen justa causa para revelar el secreto:

- 1) que hubiesen sido relevados de ello por el propio interesado o que cuenten con su consentimiento;
- 2) la defensa del propio interesado o de un tercero, por ejemplo: defender el buen nombre o su crédito profesional;

- 3) que se trate de un hecho derivado por las partes dentro de un juicio;
- 4) el ejercicio del propio derecho, por ejemplo: juicio por cobro de honorarios;
- 5) en caso de enfermedades epidémicas o enfermedades de riesgo, como las infecto-contagiosas, que la ley obliga a denunciar;
- 6) deber de denunciar delitos perseguibles de oficio conocido en el ejercicio profesional, por ejemplo: los funcionarios públicos;
- 7) en caso de realizar una pericia;
- 8) expedir un certificado de defunción;
- 9) informar sobre una autopsia a solicitud de autoridad competente.

INFORMACION Y CONFIDENCIALIDAD EN EL COMITE DE ETICA

55

El Comité de Etica debe tener especial cuidado en la protección de la documentación y el tenor de la información divulgada al paciente, a la familia y a la comunidad. No podrá revelar la más mínima información sin el consentimiento del paciente.

Confidencialidad es una palabra clave, que debe estar siempre presente en el seno de un Comité de Etica. Significa con fe, con el máximo de confianza.

Debemos recordar que la historia clínica es un verdadero documento, que debe ser custodiado, protegido, conservado en perfectas condiciones, manteniendo en total secreto el contenido de la misma.

El personal no profesional que tiene a su cargo el manejo de la historia clínica, también es responsable de conservar, mantener en buen estado y además, no divulgar a extraños el contenido de las mismas.

MODELOS DE COMITE DE ETICA HOSPITALARIA

Tenemos un primer modelo, en donde el Comité de Etica está ubicado entre el médico y el paciente, como un integrante más del equipo de salud.

En el segundo modelo, es cuando el Comité actúa por fuera del equipo de salud, manejando con entera libertad la información que recibe.

En el tercer modelo el Comité no forma parte de la relación médico-paciente, ni como integrante del equipo de salud ni como una institución superior a ella, en este caso el Comité no tiene derecho a reclamar ni recibir información sin la previa autorización del paciente.

En el cuarto modelo, el Comité protege los intereses del paciente por sobre los intereses del Hospital o del mismo equipo de salud, o de alguno de sus integrantes.

En este último modelo, por supuesto el Comité está autorizado por el paciente para actuar.

USO DE LA INFORMACION

La información le pertenece en su totalidad y exclusivamente al paciente y el médico no puede exteriorizarla sin su consentimiento, salvo que la justicia lo solicite. En este caso, el consentimiento del paciente no es necesario, simple y respetuosamente se le debe notificar que por pedido expreso de la justicia, su situación será estudiada.

Si es necesario dar información pública, se necesita permiso para quebrantar la confidencialidad.

Cuando exista un interés docente de por medio, el Comité de Ética con el fin de proteger la identidad del paciente, modificará datos del enfermo, con el único fin de dificultar, más aún, impedir que se identifique al paciente. Por supuesto, esta alteración de datos no debe ser de tal magnitud que no cumpla con la función docente perseguida con el caso tratado o estudiado. Esto significa que el respeto a la privacidad, a la intimidad del paciente, es más importante que un objetivo docente.

El Comité de Etica debe servir al paciente. Si es necesario violar la confidencialidad, le pedirá permiso al enfermo.

Cuando la prensa requiere información, la misma debe ser dirigida a través de la administración del Hospital, que es la responsable de la información pública.

En los casos de que el paciente esté imposibilitado, le corresponde a la familia del paciente dar la información.

En síntesis:

El secreto profesional debe ser protegido, violarlo se hace pasible a la responsabilidad penal y civil.

El derecho penal argentino tipifica el derecho de violación del secreto en el artículo 156 que reza: *“el que teniendo noticia por razón de su estado, oficio, empleo, profesión o arte, de un secreto cuya divulgación pueda causar daño, lo revelare sin justa causa...”*.

Se consuma el delito si fuera hecho por el autor sin justa causa y la divulgación del secreto pudiera causar perjuicio.

Debemos recordar siempre que las opiniones de los Comités de Etica, son aceptadas como simples recomendaciones, jamás como una imposición a respetar. Actuando en todo momento como lugar de discusión, de estudio, de reflexión, de sugerencia.

57

Como vemos, el Comité de Etica es un lugar propicio, único, para la toma de decisiones, que tiene como fin fortalecer y mejorar las relaciones en el seno de la institución hospitalaria, limando asperezas y malentendidos entre los médicos y agentes de la salud por un lado, el enfermo y sus familiares por el otro, con la finalidad de lograr cada vez más humanizar el ejercicio de la medicina.

Por lo tanto, es fundamental que la Universidad, en todo momento, haga hincapié en que la labor tanto asistencial como terapéutica está centrada en un ser humano. Por lo tanto, las distintas especialidades de la medicina y la odontología, en sus enseñanzas tanto de pre como de post grado, deben estar dirigidas a ese paciente, a ese enfermo con la salud quebrantada, que necesita de la medicación pero también del afecto, el cariño y la contención del equipo de salud, para su pronto restablecimiento.

Demás está decir que es necesario humanizar la atención hospitalaria para que el fin último de la medicina no se circunscriba exclusivamente a prolongar la vida, sino que también es su finalidad ayudar al paciente y a su entorno a vivir la vida, aunque ésta esté obstaculizada por una enfermedad y además ayudar a bien morir.

PROPUESTA: Estructuración del Comité de Bioética para la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Córdoba

ANTECEDENTES

El progreso biológico, médico, farmacológico y tecnológico de aplicación clínica de los últimos 30 años, y la aparición de una nueva conciencia social han alertado a los investigadores sobre la necesidad de desarrollar su responsabilidad social, e hizo su llamado de atención a la opinión pública, sobre el poderío que tales progresos tienen sobre la calidad de vida y aún la vida misma. Estos acontecimientos han llevado a una reflexión ética y a la aparición de Centros, Institutos y Comités de Bioética como estructuras de diálogo y de decisión bioética responsables, que intentan realizar una clarificación y resolución racional y razonable de los conflictos morales y de valores que surgen de la práctica clínica y de la investigación en seres humanos.

58

OBJETIVO

Nuestra Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Córdoba no puede permanecer ajena a esta problemática por lo que se propone la creación, estructuración y funcionamiento de un Comité de Bioética al servicio de profesionales, investigadores y usuarios para ayudar a resolver problemas éticos que pueden surgir en investigación o en la práctica diaria.

ESTRUCTURACION DEL COMITE DE BIOETICA

1. FASE INICIAL

- a. El Honorable Consejo Directivo nombrará una Comisión Promotora para la puesta en marcha del Comité que atenderá temas relacionados con la investigación y la práctica clínica.

- b. Sensibilización e información de la institución en torno a este tema. Se realizarán reuniones en los diferentes servicios y cátedras.
- c. Inicio del trabajo mediante el análisis de casos concretos, revisiones bibliográficas, metodología, etc.
- d. Elaboración de un borrador sobre las Funciones del Comité.

2. FASE DE CONSOLIDACION

- a. Consolidar un grupo de trabajo de estas características requiere de un tiempo para adquirir confianza entre sus integrantes y para hablar un lenguaje común.
- b. Comenzar a tratar temas relevantes para el área de trabajo: Consentimiento Informado, Sida, etc.
- c. Establecer relaciones con otras experiencias del mismo tipo.

59

3. CONCLUSIONES

Este tipo de iniciativa debe contar con el interés y el pleno apoyo institucional al más alto nivel.

4. DEFINICION Y OBJETIVO

El Comité de Bioética actuará como una Comisión Interdisciplinaria especialmente establecida para el análisis y asesoramiento ante conflictos éticos que se producen en la práctica asistencial y en la investigación. Su objetivo principal será el de educar a profesionales y usuarios en el proceso de toma de decisiones.

5. FUNCIONES

- * Dar respuesta a casos difíciles que requieran decisiones rápidas y que entrañan conflictos de valores del paciente o de su familia, con los del profesional o entre los mismos miembros del equipo de salud.

- * Atender a la formación bioética de los miembros de la institución.
- * Determinación de normas, principios y valores.
- * Elaboración de Protocolo de Actuación en casos en que surgen problemas o conflictos éticos, etc.
- * Pautar normas para la elaboración de la Historia Clínica.
- * Protección de los Derechos de los Pacientes. Hacer respetar su autonomía,
- * Control de calidad.
- * Protección de los sujetos humanos que participan en un ensayo o investigación clínica.
- * Revisión del Protocolo de Investigación sometido a su consideración valorando si hay suficientes datos científicos, ensayos farmacológicos y toxicológicos en animales de experimentación y que permitan garantizar que los riesgos que pueda ocasionar a la persona el ensayo propuesto se encuentre dentro de lo admisible.
- * Evaluar la relevancia del problema planteado y si el diseño experimental se adecua a los objetivos propuestos.
- * Pedir a cada persona el Consentimiento Informado, el cual deberá estar documentado.

De lo anteriormente expuesto, se desprende que en el Comité deberá haber personas que tengan una preparación suficiente para realizar un análisis crítico del protocolo experimental.

6. COMPOSICION

Las personas elegidas deben tener experiencia profesional, ser abiertas al diálogo, aptas para trabajar en equipo como iguales e interesados en cuestiones éticas. El grupo será interdisciplinario y estarán representados todos los puntos de vista. El número de miembros garantizará un trabajo eficaz.

MIEMBROS DEL COMITE: Cuatro odontólogos; un médico; un enfermero; un estudiante del último año de la Carrera de Odontología; un farmacólogo; dos miembros con formación específica o experiencia en investigación; un sicólogo; un miembro con formación en Bioética; una persona ajena a la profesión sanitaria y sin intereses en la Institución; un

representante de los usuarios; representantes de los distintos cultos religiosos; y un asistente social.

Además de los Miembros permanentes se recomienda que acudan a las reuniones los profesionales o investigadores implicados en el caso que se trata de solucionar.

Cuando el caso así lo requiera, también se podrán designar personas para crear comisiones ad-hoc.

No resulta conveniente juridizar los Comités de Ética, por lo que se recomienda no incluir juristas en sus miembros permanentes, sino pedir asesorías externas.

Un 30% de sus miembros se renovarán cada 2 años.

7. NOMBRAMIENTOS

Los miembros del Comité serán designados por el Honorable Consejo Directivo de la Facultad de Odontología.

El Comité nombrará un secretario que labrará acta de cada reunión con los acuerdos tratados.

8. REUNIONES

ORDINARIAS: Una vez al mes. Se harán con Orden del Día que el secretario difundirá a los miembros del Comité con una antelación mínima de 72 horas.

EXTRAORDINARIAS: Cada vez que un problema determinado así lo requiera.

9. RECOMENDACIONES

Los miembros deberán respetar la confidencialidad de la información a la que tenga acceso.

CONCLUSION

El objetivo final del Comité de Bioética será mejorar la calidad asistencial y de investigación, y velar por los derechos de los pacientes apoyado en los principios bioéticos de Justicia, Autonomía y Beneficencia.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

(a llenar por el investigador principal)

El que suscribe, investigador responsable del proyecto titulado:
....., quien se desempeña
como *(indicar cargo y lugar de trabajo)*, declaro
haber informado a
(apellidos y nombres completos) sobre las características y condiciones del estudio del cual
participará en condición de voluntario, habiéndosele explicado acerca de los potenciales riesgos
y beneficios de su intervención, como asimismo respondido a todas las preguntas al respecto,
en términos que resultaron de su total comprensión.

Se deja constancia que ante cualquier complicación en el proceso de investigación, la
misma será suspendida inmediatamente, contando la institución a la que pertenezco con los
recaudos necesarios para subsanar la eventualidad. La identidad y toda información referida
a los voluntarios, como así también los datos obtenidos durante la investigación, tendrán carácter
absolutamente confidencial.

62

APELLIDO Y NOMBRE: _____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD (Tipo y número): _____

LUGAR DE TRABAJO: _____

FIRMA: _____ FECHA: _____

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

(a llenar por el voluntario)

Por la presente declaro haber sido debidamente informado acerca de las características y condiciones del estudio sobre (indicar tema), dirigido por:, a realizarse en (indicar lugar de trabajo), al que he sido invitado. Asimismo CERTIFICO que todas las preguntas referidas a dicho estudio han sido respondidas a mi total satisfacción. Por lo tanto, libre y voluntariamente doy mi consentimiento para que se me realice/n el/los siguientes procedimientos: (indicar naturaleza de la intervención) en oportunidades, una vez cada horas/días/meses.

Hago expresa reserva de mi derecho a interrumpir la colaboración en el momento en que lo desee, quedando libre de todo compromiso posterior y sin que ello signifique un antecedente desfavorable ante ésta institución. Se deja constancia que por la colaboración de la que doy mi consentimiento mediante la presente autorización renuncio a toda forma de retribución o indemnización, cualquiera sean las consecuencias de mi participación.

APELLIDO Y NOMBRE: _____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD (Tipo y número): _____

LUGAR DE TRABAJO: _____

FIRMA: _____ FECHA: _____

NOTA: En caso de menores de 21 años, la autorización deberá ser extendida por el padre/madre, tutor o persona jurídicamente responsables, a cuyos efectos se confeccionará un formulario de contenido similar en el que conste dicho carácter del firmante.

FORMULARIO DE SOLICITUD PARA REALIZAR ENSAYO CLINICO FARMACOLOGICO

(Dirigida al Comité de Etica)

El que suscribe, investigador responsable del proyecto titulado:, quien ocupa el cargo de, en, eleva para vuestra consideración el protocolo de ensayo clínico farmacológico que se adjunta, destinado a poner a prueba
..... *(indicar el/los objetivo/s de la investigación)* los siguientes fármacos:
..... que *(indicar SI/NO)* han sido probados y
..... *(Indicar SI/NO)* están autorizados para la comercialización en el país, en pacientes voluntarios
..... *(indicar sexo, edad, condición y toda otra característica relevante que los identifique)*.

64

La información que se adjunta, obtenida de nuestra propia experiencia y/o documentada en la bibliografía que se cita, da cuenta que ya fueron realizados los estudios preclínicos correspondientes *(farmacocinética, farmacodinamia, teratogenicidad, carcinogenicidad, etc.)*. En base a distintos parámetros farmacológicos *(reacciones tóxicas, efectos adversos y colaterales, contraindicaciones)*, los fármacos propuestos para el ensayo
..... *(indicar SI/NO)* poseen un aceptable nivel de seguridad.

NOTA: En el protocolo correspondiente al ensayo clínico farmacológico por el que se solicita autorización para ser llevado a cabo, deberá constar la siguiente información:

1. *Título del estudio.*
2. *Objetivos y fase de la investigación a la que corresponde.*
3. *Resumen de antecedentes del fármaco.*
4. *Patología en la que va a ser investigado.*
5. *Criterios de inclusión y exclusión de voluntarios humanos.*
6. *Tipo de pacientes (criterio de selección).*
7. *Cantidad de pacientes a incorporar en el estudio.*
8. *Métodos de asignación a los grupos (aleatorización).*
9. *Determinaciones basales, periodos intratamiento, postratamiento y de recuperación ("lavado") cuando correspondiere.*
10. *Dosificación y esquema posológico.*
11. *Consideraciones farmacocinéticas y de interacciones de los fármacos.*
12. *Formas farmacéuticas (medicamentosas) y vías de administración.*
13. *Parámetros de efectividad y de seguridad.*
14. *Controles de cumplimiento del plan de tratamiento.*
15. *Registro de eventos desfavorables.*
16. *Consideraciones éticas.*
17. *Monitoreo del estudio.*
18. *Mecanismos de seguridad en caso de complicaciones de la investigación.*
19. *Ficha de recolección de datos.*

FORMULARIO DE NOTIFICACION DE EFECTOS INDESEABLES DE LOS FARMACOS

El que suscribe, quien se
desempeña como: (*indicar condición
de trabajo*) en : (*indicar lugar de trabajo*)
informa a Ud/s. y por su intermedio a quien corresponda (*Comisión Especial, Secretaria/
Ministerio de Salud*), que durante el tratamiento con
..... (*indicar fármaco, nombre comercial del producto, dosis y tiempo de tratamiento*)
se han registrado las siguientes manifestaciones clínicas:
..... (*detallar
reacciones en el paciente*) en el paciente afectado de
..... (*indicar cuadro o patología que justificó el tratamiento*), las cuales podrían
atribuirse a efectos adversos del mencionado medicamento.

A efectos de mayor información, adjunto resumen de la Historia Médica del paciente.

ELABORACION DE UN CUESTIONARIO COMO PAUTA DE TOMA DE DECISIONES ANTE UN CASO CLINICO

- * ¿Cuáles son los hechos científicos y técnicos?
- * ¿Qué alternativas ofrece este paciente?
- * ¿Se debe dar al paciente toda la información o se debe mantener la confidencialidad?
- * ¿Qué principios éticos están en juego?
- * ¿Quién es el paciente y cuáles son sus valores?
- * ¿Están en conflicto los valores del profesional y del paciente?
- * ¿A qué nivel ético emergen?
- * ¿Es el conflicto resoluble de modo que respete la opinión moral de todas las partes?
- * ¿Cuál será una buena elección moral para este paciente?
- * ¿Implica esa elección un proceso de consentimiento moralmente defendible?

DISCUSION Y CONCLUSIONES

Como discusión final de nuestro trabajo, presentamos las siguientes reflexiones sobre el ejercicio de la profesión odontológica.

Siempre, desde la época de estudiante, maestros humanistas nos inculcaron principios y valores de justicia, solidaridad, humildad, para poner en práctica a posteriori en nuestra vida cotidiana y en nuestro ejercicio profesional en particular.

Alguna vez, un profesor de nuestra facultad nos dijo... *“la obligación profesional debe anteponerse al interés personal”*. Debe existir una responsabilidad profesional por sobre el lucro o la ganancia personal.

Lamentablemente, con el transcurrir del tiempo, la odontología fue perdiendo “sensibilidad”, presionada por los cambios económicos que pusieron sobre la mesa de instrumental, palabras como competitividad, desregulación, globalización, etc., que transformarían nuestra profesión en una simple transacción comercial, apoyando de este modo a aquéllos que afirmaban sin tapujos que el éxito profesional estaba en *“saber vender la odontología”*.

Años atrás, a todo colega que colocaba una placa con su nombre, levemente superior en tamaño al establecido, se le llamaba la atención. Actualmente vemos como pululan carteles luminosos

gigantes con luces de distintos colores, ofreciendo tratamiento odontológico como un negocio más. Como vemos, la ética brilla también, pero por su ausencia.

Muchas veces escuchamos decir que *“el profesional debe ser capaz, debe tener conocimientos y prácticas firmes respecto a su especialidad”*, pero esto no es suficiente; la sensibilidad, la credibilidad de que goza, son fundamentales. En cierta oportunidad, un paciente me dijo: *“Doctor, apenas entro a su consultorio comienza a calmarse mi dolor de muelas”*. Eso significa que el paciente le tiene fe al profesional. Fe íntimamente relacionada con lo profesional, pero tan alejada del comercio.

Es fundamental que entre el profesional y el paciente exista un diálogo franco, una comunicación fluida, sin obstáculos, para un entendimiento correcto del tratamiento a instituir.

De nada valen los medicamentos por indicaciones si el paciente no cumple con las mismas, si no es capaz de asumir su cuota de responsabilidad.

¿Es posible controlar una diabetes con medicamentos si ese paciente no cumple con la dieta establecida y si lleva una vida sedentaria?

Es imposible controlar y curar una enfermedad periodontal si el paciente no efectúa las técnicas de cepillado correctamente.

El profesional debe ser capaz de concientizar al paciente respecto a su responsabilidad en el éxito o fracaso de la terapéutica aplicada. Esto se logra con la motivación, y para motivar es necesario utilizar un lenguaje lo más simple posible.

Además, no debemos olvidar que el odontólogo en estos momentos de injusticias sociales tales como desocupación, marginación, inseguridad, etc., debe estar capacitado para contener a estos seres humanos que más que un problema odontológico, traen consigo verdaderos dramas existenciales.

Nuestros profesionales al egresar, salen con conocimientos científico-técnicos para ejercer la odontología, pero ignoran completamente cómo tratar a sus pacientes, que en el fondo son seres humanos con alegrías, tristezas, temores y esperanzas. En resumen, podemos afirmar que la mayoría de nuestros odontólogos saben ver la boca, pero no ven, desconocen al hombre concreto (Gracia, 1989).

Hace muchos años, haciendo planes para instalar otro sillón en mi consultorio, con el fin de poder atender simultáneamente a dos pacientes para “ganar” tiempo, y para que el trabajo fuese más productivo, realicé el comentario respectivo a mi padre, ya anciano, quien no había podido terminar la escuela primaria, teniendo que trabajar duramente durante 57 años para mantener la familia. Luego de escucharme detenidamente con atención, me respondió: *“Hijo mío, ¿por qué quieres correr? ¿No será mejor que atiendas a tus pacientes con tranquilidad, con calma? Después de colocarle la anestesia, mientras hace efecto la misma, podrías conversar con él, preguntándole cómo le va, qué problemas tiene. ¿No te parece?”*. De más está decir que aún hoy trabajo con un solo sillón.

Constantemente tenemos conflictos entre el interés personal y la preocupación por nuestros pacientes, que cada vez se van agudizando, como dijo Sir Paul Bramley en su conferencia presidencial a la Asociación Dental Británica (B.D.A.), *“las fuerzas actuales están empujando y alejándonos de la centralidad de la atención a la centralidad del rédito”*.

70

E. Burke nos dice *“si queremos disfrutar nuestros derechos dentro de una sociedad libre, debemos poner cadenas morales a nuestros apetitos, y si un pueblo profesional no puede ponerse las cadenas a sí mismo, un cuerpo regulador tiene que hacerlo por ellos, y si no debe hacerlo la ley”*.

Es necesario mantener principios y valores firmes a través del tiempo, a pesar de que se nos quiere imponer un consumismo alocado que excede nuestras necesidades.

Es necesario incluir en nuestros currículos, la enseñanza de la ética, “la educación en valores” para lograr un profesional profundamente humano, sensible ante los padecimientos de la gente, sostenido además por sus conocimientos técnicos-científicos.

Los problemas bioéticos actuales más relevantes tienen lugar al comienzo y al final de la vida humana, en donde se involucran la reproducción y la muerte en el aborto, la fertilidad asistida, la manipulación genética, la eutanasia y la distanasia (*Boletín OPS, 1990 - Belderrain, 1991 - Susuki y Knudtson, 1991 - Quintana Trias, 1992 - Luna y Salles, 1995 - Sgreccia, 1996*).

También, la investigación clínica o biomédica, tanto en seres humanos como en animales tienen serias implicancias éticas que se deben considerar en el momento de la planificación y de la ejecución de los ensayos (*Howard Jones, 1985 - Galende, 1992 - Polaino Lorente, 1997*).

Por ello se deben tener en cuenta las recomendaciones sobre los aspectos éticos y jurídicos de la Organización Mundial de la Salud, el Código de Nuremberg (1947), las Declaraciones de Helsinki (1964), Tokio (1975) y Venecia (1983) y los Códigos Éticos sobre los experimentos con animales (*Boletín OPS, 1990 - Meerof, 1993*).

En este tipo de investigación se debe seguir una metodología estricta realizada por investigadores de probada competencia y supervisada por investigadores calificados y se la debe emplear sólo para mejorar procedimientos diagnósticos, terapéuticos o preventivos y para la comprensión de la etiología y la patología de una enfermedad.

En consecuencia, los Comités de Ética son imprescindibles para evitar, disminuir o impedir riesgos injustificados para pacientes o probandos (*Consejo de Médicos y Colegio Odontológico de Córdoba - La Purma y Toulmin, 1989 - Cragno, 1994*).

Estos comités tienen por finalidad proteger a los seres humanos y velar por la calidad de la investigación biomédica.

Por otro lado, para vivir, no simplemente para sobrevivir, el ser humano necesita tener un estado de equilibrio psicofísico indispensable para hacer realidad su proyecto de vida.

Para lograr este objetivo debe tener una alimentación sana, acceso a la salud, educación, vivienda y seguridad.

Mención aparte, por su máxima importancia, es que este ser humano, hombre o mujer, tenga un trabajo aceptable, pues sin él jamás podrá realizar un proyecto de vida.

Si observamos nuestro país, vemos cuán lejos estamos de ofrecer a todos nuestros ciudadanos trabajo, educación, salud, vivienda y seguridad.

En numerosas oportunidades fue tema de debate el “derecho a la vida”, se discutía como tema trascendente si el aborto se debía aceptar o no, por ser la interrupción de un embarazo, un hecho inmoral por impedir el derecho a la vida de un nuevo ser.

Pero, no es suficiente vivir por vivir. Es necesario tener la oportunidad de desarrollar al máximo las propias potencialidades y lograr una vida equilibrada, para desde allí lanzarnos con nuestros propios esfuerzos a enfrentar y transformar esta dura realidad.

Nuestra pregunta es ¿derecho a vivir, a existir? ¡Si!, pero... ¡Con dignidad!

Dicen algunos, “*el futuro no se puede prever*”, nosotros creemos que se lo puede construir en gran medida a partir de las actitudes y decisiones que tomemos hoy, sin descartar la influencia del azar.

El hombre del mañana será distinto, a no dudarlo. No será como resultado de los logros tecnológicos, sino del uso ético que sea capaz de darle a esa tecnología.

La tecnología, la ciencia sin un verdadero soporte ético, que no tenga como fin elevar la dignidad humana, es inmoral y corrupta.

Si los progresos tecnológicos no sirven para eliminar la pobreza, para disminuir la brecha existente entre una minoría inmensamente rica y una mayoría pobre, ¿para qué sirve?

El notable progreso de las ciencias biológicas y médicas, lo ha dotado al hombre de un poderío sobre el hombre mismo que nunca tuvo antes y que ya nunca dejará de tener.

72

A través del desafío bioético, cruzando ese “puente hacia el futuro” debemos descubrir la forma de emplear ese poderío para alcanzar la dignificación de la persona, y para vivir en la época del reinado de la ciencia y la tecnología una vida “más humana”.

ANEXOS

El encuadre ético y moral de la salud

La ética ocupa, hoy, un lugar de privilegio en las más importantes actividades académicas vinculadas con la salud, en universidades, congresos religiosos, e incluso se ha vuelto un tema central en los medios de comunicación.

Los procedimientos que permiten alterar los embarazos y nacimientos, la manipulación genética, los trasplantes de órganos, la prolongación artificial de la vida y algunos estudios científicos que están en el límite de lo moralmente aceptable son tratados interdisciplinariamente bajo el antiguo precepto de la medicina: *Primum non nocere* (lo primero, no dañar).

Por lo tanto, teniendo en cuenta que cualquier acto relacionado con la salud supone una base moral, nos parece oportuno abordar el tema ético, también, desde la actividad médica asistencial e institucional.

El doctor Carlos Martini, prestigioso médico argentino y vicepresidente de la American Medical Association, señalaba recientemente que la urgente necesidad de un nuevo encuadre ético en la formación médica llevó a las universidades de los Estados Unidos a incorporar el estudio de la ética como asignatura y es requisito aprobarla para obtener la matrícula profesional. Porque el acto médico no escapa a la crisis que atraviesa la ética como valor regente de la vida individual y colectiva de los pueblos. Las consecuencias están a la vista: en la medida en que prevalecen los intereses particulares sobre los generales, el resultado es miseria, desatención, desinversión y una brusca caída de la calidad de vida.

El cuidado de la salud implica una vocación de servicio que está íntimamente relacionada con valores morales y éticos. Una prueba de esto es la existencia de congregaciones religiosas cuya misión es, desde hace

siglos, el cuidado de los enfermos en todo el mundo, en hospitales, leprosarios y frentes de combate.

Actualmente, nos encontramos ante una medicina tecnológica, en permanente desarrollo, que tiende a la superespecialización y que, al ser mal administrada, genera serios inconvenientes: el empleo incorrecto y abusivo de la aparatología y de los recursos técnicos, la burocratización de la atención, la sobrestimación y el encarecimiento del acto médico.

Esta situación deriva en una ecuación costo-eficiencia de la que, fatalmente, surge el acuciante conflicto costo-ética.

Recursos limitados

Más allá de los tecnicismos y del buen gerenciamiento disponibles, si la actividad no encuentra su encuadre ético con sistemas que lo favorezcan, está condenada al colapso que ya afectó al sector público, a las obras sociales y que amenaza con poner en serias dificultades a los sistemas prepagos.

El sistema de salud se encuentra en un punto cada vez más crítico de decisión, ante la encrucijada de disponer de recursos limitados para atender demandas infinitas. Una demanda que está fatigada por no acceder a un digno programa médico asistencial y que padece silenciosamente, a la espera de una urgente revisión del actual estado de cosas.

En este contexto, urge el diseño de normas y planes vinculantes que eviten la desintegración del sistema y que permitan el nacimiento de una nueva concepción cultural, donde los beneficios sean legítimas consecuencias de un servicio en tiempo, forma y calidad.

Una preocupación candente para la nueva bioética

Los vertiginosos avances del conocimiento científico y tecnológico en el área de la medicina han puesto a esta disciplina, de un tiempo a esta parte, ante cuestiones relativas a la vida humana que trascienden a la mera práctica profesional.

En ese contexto aparecen temas claramente a la vista como reproducción artificial, el genoma humano, las terapias genéticas, el diagnóstico prenatal, la investigación en seres humanos, y otros menos evidentes como la distribución de los recursos de salud, que plantean situaciones nuevas y muchas veces conflictivas, al tiempo que reconocen implicancias legales, sociales y filosóficas.

Y precisamente en ese marco, con el objeto de buscar un punto de equilibrio entre las distintas instancias involucradas, es que surge la bioética.

Al respecto, el experto español Octavi Quintana Trias -integrante de la Comisión de Bioética de la Unión Europea y presidente del Insalud del Ministerio de la Sanidad de España- expresó hace pocos días en Córdoba que vivimos en sociedades pluralistas, lo que significa que cada individuo tiene sus propios valores y que es posible pensar diferente, pero cuando se trata de cuestiones que atañen a la sociedad, es necesario contar con criterios que sean aceptados por todos

"Por ello -indicó- profesionales, ciudadanos, políticos, nos hemos puesto de acuerdo acerca de cuatro principios que deben ser respetados al margen de la política o el nivel socioeconómico".

Según precisó Quintana Trias -de visita en Córdoba con motivo de participar en el Curso Anual de Bioética organizado por el Consejo de Médicos de la Provincia- estos principios son **beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia**.

El primero de ellos (relacionado directamente con el juramento de Hipócrates) implica hacer el bien al paciente, en tanto que el segundo se refiere a no perjudicar ni hacer daño al enfermo, lo que en realidad se traduce como no someter a los seres humanos a riesgos innecesarios.

La autonomía, entretanto, implica que el paciente debe participar -a partir de la información otorgada por los médicos- en las decisiones que le atañen, lo que también se conoce como consentimiento informado.

"Por último, el principio de justicia -puntualizó el experto- puede ser entendido de dos maneras: en función

de la equidad, o sea que hay que tratar igual a los enfermos que tienen patologías similares y que hay que brindar mayor atención a quienes están más enfermos. Asimismo, este criterio hace referencia a que los recursos en salud son limitados y por lo tanto hay que distribuirlos equitativamente, lo que plantea una serie de problemas éticos".

Sobre la justicia distributiva

Quizás con una menor espectacularidad para la opinión pública que temas referidos a manipulación genética o los procedimientos de reproducción artificial, la distribución de los recursos de salud en función de un principio de justicia, es uno de los problemas que preocupa hoy a la bioética.

Para Quintana Trias, por definición, todos los sistemas sanitarios son solidarios porque se basan en el principio de que los sanos aporten para los enfermos.

"Lo que sucede -dijo- es que hay pocos que están enfermos y muchos que están sanos. **De ese modo, el cuatro por ciento de la población de un país gasta el cincuenta por ciento de los recursos, sin olvidar además que el cincuenta por ciento de ello se emplea en los últimos seis meses de vida de una persona.** Y esto implica que para que la distribución sea equitativa no debe ser igual".

Paralelamente, Quintana Trias afirmó que "hablar sólo de recursos, sesga la cuestión, ya que **lo primero que una sociedad debe plantearse es qué quiere lograr con la Medicina, si ganar en expectativa de vida posponer la muerte o qué**".

Asimismo puntualizó que hay que tener en claro que **el estilo de vida, el hábitat y el medio ambiente tienen mucho más impacto en la salud que el propio sistema sanitario**.

"Por lo tanto -advirtió- centrar la discusión en el aparato de salud, sesga el problema. Sin embargo, el 95% de los recursos para mejorar la salud se destinan a este sistema, lo cual es irracional".

No caer en el economicismo

Ahora bien, sobre el interrogante acerca de quién debe decidir como se reparten estos recursos, el español manifestó que "si lo hacen los médicos, como ellos saben de enfermedades tienden a medicalizar, si lo hacen los



Octavi Quintana Trias: Hay que repartir con equidad y eficiencia, puesto que los recursos no son ilimitados

76

usuarios, tienen muchas más demandas que las reales porque les falta información y porque muchas veces la tecnología en salud aparece como un bien de consumo”.

Por lo tanto, en su opinión esta tarea debe estar a cargo de la sociedad en su conjunto, en función de aquello que considera que debe ser preservado.

“Una opción es que se brinde equidad en el acceso por parte de todos los ciudadanos al sistema sanitario. Otra posibilidad es que a esto se sume la eficiencia, o sea que los recursos empleados produzcan los efectos esperados al mínimo costo”, consideró. . .

En tal sentido un uso racional de los medios disponibles implica evaluar actividades y tecnologías en tres aspectos: seguridad, efectividad y eficiencia.

“Esto es un deber de todo responsable sanitario - enfatizó Quintana Trias-lo que abarca tanto al funcionario

como al profesional, porque en el área de la salud la mayor parte del gasto viene determinada por el médico, que es quien decide los procedimientos a seguir”.

“Y en tal sentido, debe tener claro que hay que repartir con eficiencia y equidad porque, como los recursos son limitados, si da mucho a un paciente le está quitando a otro”.

Sin embargo, Quintana Trias advirtió asimismo sobre los riesgos de caer en un razonamiento economicista que indique que si una pequeña parte de la población gasta la mitad de los recursos de salud, eliminando ese porcentaje los medios se duplican.

“Esta lógica es absurda cuando se trata de salud, porque aquí no se trata de negar atención cuando no sea rentable, sino de estar atento a quién se da un beneficio y a quién se lo quita”, concluyó.

La justicia en la distribución del gasto sanitario es hoy uno de los temas que ocupa un importante lugar en los debates planteados a la sociedad por la bioética, que abarca esta cuestión juntamente con los problemas surgidos a partir de las nuevas tecnologías médicas.

Reportaje a Octavi Quintana Trias, en "La Voz del Interior".

¿Cómo redactar formularios de consentimiento informado?

Ante la confusión reinante en los distintos equipos de cuidados médicos en lo inherente a la instrumentación adecuada de formularios de consentimiento informado en aquellas situaciones que así lo requieren, el Comité de Bioética conjunto de los Hospitales provinciales Interzonales Especializados Materno-Infantil y General de Agudos de la ciudad de Mar del Plata elaboró una suerte de recomendación o pauta orientativa acerca de la utilización de dichos formularios.

A fin de acceder a mayores precisiones sobre el particular, CONSULTOR DE SALUD dialogó con el coordinador del citado comité, licenciado Sergio Cecchetto, quien explicó que “ante las dificultades de todo tipo generadas en torno del consentimiento informado y las reiteradas consultas recibidas dentro del ámbito hospitalario, este comité conjunto- que funciona desde hace ya seis años- elaboró una suerte de pauta normativa no como un modelo a ser aplicado en cualquier circunstancia y uniformemente por cualquier sector, sino básicamente una nómina de aquellos elementos indispensables que deben indefectiblemente obrar en dicho documento para adquirir el necesario reconocimiento jurídico y la imprescindible impecabilidad ética”, agregando que “estimamos que la iniciativa que hemos llevado adelante puede resultar de utilidad en otras instituciones que se ven enfrentadas a idéntica problemática”.

Cecchetto señaló que los principales beneficios de esta recomendación radican en que “se respeta la legalidad, no se saltea la información médica básica que debe conocer el paciente -esencialmente los riesgos y beneficios que conlleva el someterse a determinada práctica diagnóstica o terapéutica-, ahorra tiempo y está resguardada en un marco ético”.

El coordinador del comité indicó que “la normativa ya funciona en los dos hospitales marplatenses que integran el mismo y además fue aprobada por el Colegio de Médicos del distrito IX, que recomendó su aplicación para toda su zona de influencia”, puntualizando que han requerido asimismo copias de la misma otros nosocomios locales y regionales, así como hospitales de Mendoza, Córdoba, Bahía Blanca, Necochea y Capital Federal”.

“Este trabajo fue presentado meses atrás en el marco de las Primeras Jornadas Latinoamericanas de Bioética llevadas a cabo en Mar del Plata y tuvo una excelente acogida -agregó- y en esencia radica en que si aparece un caso que así lo requiere, cada área elabora el consentimiento informado de acuerdo con las pautas elaboradas por el comité y luego nos lo remite para que analicemos el caso y brindemos nuestro asesoramiento”.

Los integrantes del Comité de Bioética que diseñaron esta normativa única en el país son la doctora Marcela Bernal (abogada), el licenciado Sergio Cecchetto (filósofo), los doctores Jorge Dietsch (médico clínico), Eduardo Ferrara (neonatólogo), Mauricio Montrul (terapeuta intensivo), Patricia Urbandt (obstetra) y la licenciada Beatriz Valzacchi (socióloga).

Los considerandos de la normativa

Se sostiene que “ante la confusión reinante dentro del equipo de cuidados médicos en referencia a la instrumentación adecuada de formularios de consentimiento informado en aquellas situaciones específicas que así lo requieren, la proliferación de modelos incompletos y aun erróneos que enfatizan aspectos legales del instrumento en desmedro de los morales, creando una falsa sensación de seguridad jurídica e impecabilidad ética, y la inadecuación de los modelos circulantes a las distintas realidades diagnósticas, pronósticas, investigativas y terapéuticas... y teniendo en cuenta la gran cantidad de consultas que los comités de Bioética reciben anualmente por parte de los profesionales, investigadores y servicios hospitalarios preocupados por la mejor manera de cumplir con tal requisito y la necesidad de unificar criterios para la confección de formularios de consentimiento informado a ser utilizados en un contexto asistencial; se elaboró esta recomendación o norma orientativa que a posteriori fue adoptada en todos sus términos por el Comité de Bioética de los hospitales Materno Infantil y General de Agudos de Mar del Plata y por la Comisión de Bioética del Colegio de Médicos de la provincia de Buenos Aires-Distrito IX”.

LA NORMA ORIENTATIVA

Para redactar formularios de consentimiento informado, a ser utilizados en contextos clínicos o de investigación, debe prestarse atención a tres apartados: A) Información básica; B) Legalidad; C) Redacción.

A) INFORMACIÓN BÁSICA

1. Descripción general de la práctica o procedimientos propuestos:

- En qué consiste.
- Cómo se realiza.
- Cuánto dura.
- Qué objetivo persigue.
- Qué beneficios aporta.
- Qué procedimientos involucra.
- Cuáles de esos procedimientos son experimentales.

2. Posibles efectos secundarios o indeseados para el sujeto involucrado (también el embrión o el feto, si el sujeto es una mujer embarazada o que podría embarazarse).

- Los más frecuentes (aunque sean graves).
- Los más graves (aunque sean infrecuentes y raros).

3. Posibles tratamientos alternativos, especificando riesgos y beneficios razonables.

4. Posibilidad de no seguir tratamiento alguno. Riesgos y beneficios que supone.

5. Aclarar si existe algún tipo de compensación frente a alguna circunstancia (fortuita o no) para el sujeto que consiente.

6. Disposición del equipo profesional para ampliar la información suministrada y contestar cualquier inquietud del voluntario. Especificar a quién se debe contactar para obtener respuestas y a quién en caso de daño.

7. Posibilidad de que el sujeto revoque la decisión voluntaria tomada y retire en cualquier momento su consentimiento sin sufrir por ello represalias o pérdida de beneficios a los que de otro modo tendría derecho.

8. Establecer las circunstancias en las cuales los profesionales pueden suspender la participación del sujeto, sin tomar en cuenta su consentimiento previo.

9. Consignar que la aparición de hallazgos significativos durante el curso de la práctica propuesta le serán informados al sujeto, si ello pudiera alterar su voluntad de continuar participando.

10. Especificar las posibles consecuencias derivadas de la suspensión del procedimiento una vez iniciado.

B) LEGALIDAD

11. Declaración del profesional que realizará el procedimiento, en la cual afirme haber informado debidamente al voluntario (nombre y apellido completos, número de documento y firma al pie).

12. Consentimiento del voluntario para que el profesional a cargo sea auxiliado por las personas que necesite y estime convenientes.

13. Certificación de que el sujeto o su representante, moralmente competente y jurídicamente capaz, ha leído y comprendido toda la información que le fue suministrada y de que firma el formulario por propia voluntad (nombre y apellido completos, número de documento y firma al pie).

14. Si se estima conveniente, incorporar nombre y apellido completos, número de documento y firma al pie de testigos, aportados por el voluntario y también por el equipo profesional.

15. Identificación clara de la institución en la cual se llevará a cabo el procedimiento.

C) REDACCIÓN

16. Escribir con frases cortas y directas.

17. Utilizar palabras con pocas sílabas (preferentemente del lenguaje coloquial y evitar las ambigüedades).

18. Atender a la legibilidad del formulario (v.g. utilizar tipos de letra grandes).

19. Evaluar el grado de dificultad que conlleva la lectura del formulario. Hacer que pacientes o personas sanas no involucradas en el procedimiento lo lean y lo critiquen. No confiar esta tarea exclusivamente al personal especializado, a técnicos y profesionales.

Rebelión en la sala de espera

ENTREVISTA DE MARCELA FERNÁNDEZ

Reconocido como uno de los autores del sistema de salud actualmente vigente en Italia, Giovanni Berlinguer ocupó durante dos décadas una banca legislativa, como diputado y luego como senador, en el Parlamento de su país.

Vicepresidente por largos años del Comité de Bioética de Italia -cargo al que renunció cuando Silvio Berlusconi llegó al gobierno peninsular-, Berlinguer abandonó la carrera política para abocarse a la labor académica que lleva adelante en la Universidad La Sapienza de Roma.

Recientemente visitó Córdoba donde participó como disertante en el Segundo Congreso de Ética Médica y Primer Simposium de Ética y Política, presentó su libro "Ética y salud" y dialogó con LA VOZ DEL INTERIOR acerca de los derechos de los pacientes.

- Un tema que llegó a la ética médica de fin de siglo son los derechos de los pacientes. ¿Cuáles son, a su criterio, los principales?

-El primero es, seguramente, el de no enfermarse, o de hacerlo en la menor medida posible. El segundo es el de no recibir tratamiento médico si no se padece una enfermedad, lo que es muy importante de señalar en un momento en que hay una tendencia invasiva de la medicina y a la medicalización de la vida. Esto implica transformar en patologías eventos humanos que, en principio, son fisiológicos y naturales y prever intervenciones médicas para ellos. Un ejemplo es la menopausia; el nacimiento, que en la gran mayoría de los casos sigue un curso natural y donde, en cambio, hay un abuso de cesáreas; o los niños llamados hiperactivos, a los que se trata con medicación, cuando lo que sucede es que si un chico no es un poco hiperactivo no es sano.

En el ejercicio de la medicina hay una contradicción intrínseca y es que los médicos viven de las enfermedades.

Y volviendo a lo anterior, otro derecho del paciente es no ser discriminado en el acceso a la atención médica por su condición económica, porque todas las personas deberían tener la oportunidad de contar con los medios disponibles para curarse y prevenir las enfermedades.

-¿A qué responde esa invasión actual de la medicina en terrenos en los que debería mantenerse expectante?

-No hay que olvidar que en el ejercicio de la medicina hay una contradicción intrínseca e insuprimible, que es el hecho de que los médicos viven de la enfermedad. Y aunque su actividad es una de las más nobles y útiles de la sociedad sus ganancias dependen de la existencia de las enfermedades y, precisamente, una deformación de esta contradicción es la que se transforma en un impulso a la medicalización. Inclusive esto a veces es introyecto por la misma población que cree que la medicina puede resolver más cuestiones de las que estrictamente le competen. Como consecuencia de ello, hay una oferta excesiva de servicios y también una demanda exagerada.

-¿Es posible romper ese círculo vicioso?

-Deberíamos romperlo. Y esa es principalmente una función de los médicos, pero también es necesario desarrollar en la gente una conciencia de la salud y de las causas de las enfermedades, de modo que soliciten que los problemas, por ejemplo psicológicos o sociales, tengan una respuesta a ese nivel y no se la demanden a la medicina.

-En su opinión, ¿qué proporción del derecho a no enfermar es responsabilidad del Estado?

-Es una obligación del Estado pero también del conjunto de la sociedad porque, sin ir más lejos, para evitar las enfermedades laborales es necesario que los programas de producción, la organización de la producción y el ambiente de trabajo sean sanos, y ésta es una responsabilidad de las empresas y los sindicatos. Asimismo, para la salubridad de la vida urbana el problema es de los municipios y de los ciudadanos, y así sucesivamente. El Estado, entretanto, debe coordinar estos esfuerzos, además de llevar adelante acciones como vacunación y detección precoz de enfermedades, así como establecer la orientación general y las políticas en

las que cada sector involucrado encuentre su espacio y acción específica.

-¿Esto no parece una utopía en momentos en que se advierte una involución a nivel internacional en este sentido?

-No es una utopía, sino lo que concretamente pasó en gran parte de los países del mundo en este siglo. Porque si comparamos la situación de la prevención de enfermedades a fin del siglo XIX con la actual, se evidencia un enorme progreso. Es cierto también que ahora hay una involución, pero también contamos con una gran experiencia que podríamos aprovechar en las nuevas condiciones que plantea la época. Yo soy optimista al respecto porque la salud es una inversión en desarrollo humano que puede no tener consecuencias directas en la economía, pero sí las tiene en el bienestar concreto de la población, lo que se refleja, por caso, en el nivel de participación en la vida laboral y productiva.

El paciente informado

-Volviendo a los derechos del paciente, ¿qué sucede con los que operan en el mismo interior de la relación médico-enfermo, en la que hasta no hace mucho el conocimiento y la decisión eran patrimonio del profesional?

-Este es otro campo muy importante y se orienta a superar formas de paternalismo médico. Más que una rebelión de los pacientes, es una afirmación de sí mismos que, creo, está conectada con la emergencia del sujeto que se dio en numerosos ámbitos en los últimos tiempos: los niños no deben ser considerados futuros adultos, las mujeres futuras madres ni varones incompletos, los viejos como futuros muertos, ni los enfermos como discapacitados mentales u "objetos" de la acción médica. Y hay también otro motivo para la emergencia de este derecho que tiene origen científico, porque se ha demostrado que la cura de las enfermedades depende mucho de la actitud del sujeto. Existe una correlación entre los sistemas de defensa del organismo y la actividad cerebral, a lo que se suma el sentir y el percibir.

-Algo así como un tardío redescubrimiento de la indisoluble unidad de mente y cuerpo.

-Sí, ahora hay una tendencia a la hiperespecialización, pero también hacia la medicina holística, que apunta a la totalidad del individuo. Además, aunque a veces los médicos tienen la impresión de que los derechos de los pacientes son contradictorios con los deberes y derechos del profesional, en realidad no es así, porque aquéllos integran y enriquecen la labor del médico.

-Pero de todos modos esta nueva tendencia implica un desafío para los profesionales.

-Claro, esto es un desafío para perfeccionarse y comprender de una manera más integral e incluso más democrática su trabajo. A su vez, no significa renunciar al deber profesional, ni abdicar a la aplicación de los conocimientos específicos que el enfermo debe reconocer y respetar. Y finalmente, tampoco implica abandonar lo que hay de bueno en el paternalismo, sino dejar de lado lo que hay de autoritarismo en esta función.

-¿Cómo se adaptan los médicos a los nuevos vientos que soplan?

-Antes pensaban que tenían el poder absoluto pero realmente tampoco era así porque hay estadísticas que señalan que los enfermos escuchaban respetuosamente a los médicos, pero no cumplían sus indicaciones, como una especie de "rebelión anárquica". Pero si es cierto que hay una resistencia a esto, y también una tendencia a no informar sobre la enfermedad, las posibles terapias y las razones para prescribirlas, que son elementos básicos en este campo de derechos.

-El tratar de obviarle la decisión al paciente, ¿se funda en un falso paternalismo o en no querer compartir el conocimiento?

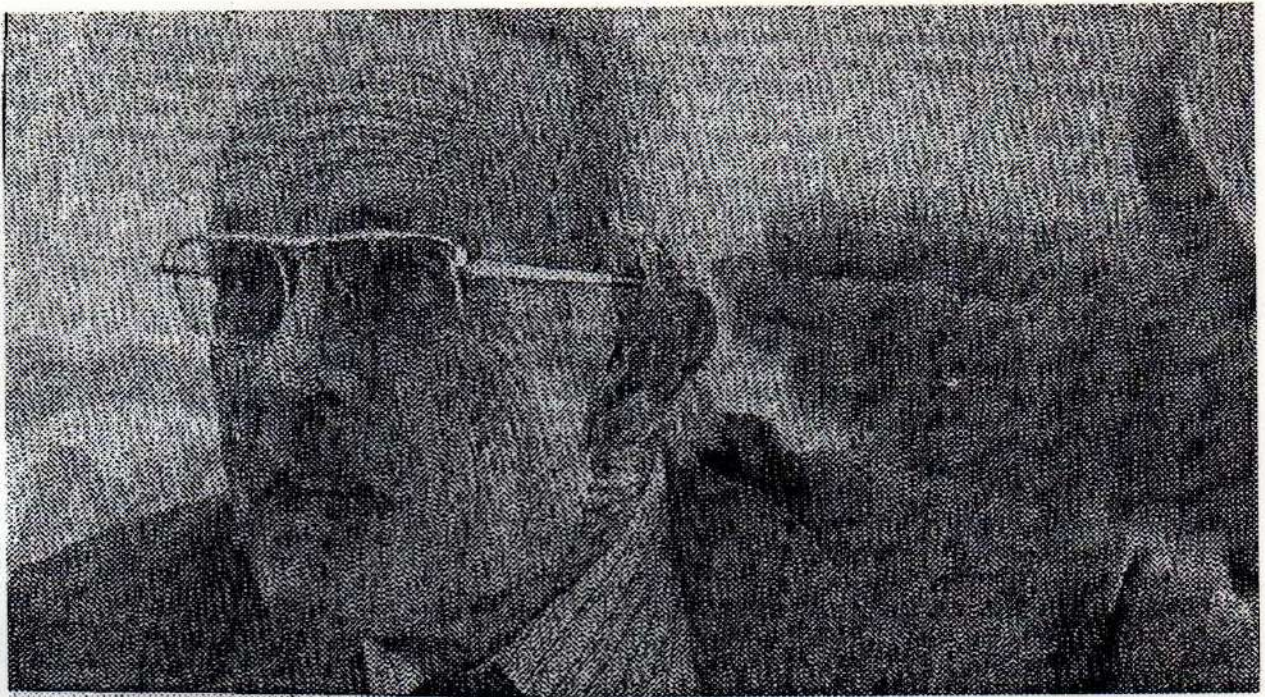
-En no querer compartir el conocimiento y pensar que el médico es el depositario único de la verdad, lo que es un defecto que no pertenece sólo a ellos, sino que muchas veces también es padecido por los políticos y los administradores, entre otros. Pero en este campo existe la obligación de informar porque los datos sobre la salud de una persona le pertenecen a ella misma, al margen de que tengan su origen en un análisis o método médico de diagnóstico.

♦

El derecho a no enfermar es una, obligación del Estado, pero también del conjunto de la sociedad.

♦

Y por último, también hay que señalar que el derecho del paciente incluye tanto recibir la información como decirle al médico que no quiere información. O sea que participar en el proceso terapéutico o abandonarse a la confianza en la acción del médico son posibilidades humanas que deben ser respetadas. Porque el consentimiento informado, entendido no como defensa legal del profesional sino como un proceso de enorme valor psicológico y humano, no puede ser una cárcel para las decisiones del paciente, incluso para la de ser dependiente.



Giovanni Berlinguer: La salud es una inversión en desarrollo humano que tiene efectos directos en el bienestar concreto de la población.

Una ética para la salud

En qué consiste la ética de la salud?

-Está claro que la salud colectiva es la suma de la salud de todos los individuos, aunque como tiene sus reglas e intervenciones distintas, considero que hay una ética médica y una ética de la salud diferenciadas. Concretamente esta última se funda sobre el valor que tiene la salud en la sociedad, y sobre el principio del derecho a la salud. Ahora bien, éste es un principio nuevo que no existía en la sociedad de los siglos pasados. En aquel tiempo había una necesidad a la salud, que sólo puede transformarse en derecho cuando se dan las condiciones históricas (conocimientos, profesionales, instrumentos, medicamentos) para conseguirlo. O sea, cuando no se conocían las causas de las enfermedades ni las maneras de curarlas o prevenirlas, no se podía concebir un derecho a la salud.

-¿Cuál es la peculiaridad de ese derecho?

-La principal diferencia con los demás derechos del hombre que se afirmaron en los últimos siglos, es que son considerados por los juristas como derechos negativos, porque su finalidad es evitar el arbitrio del poder, son "derechos contra". El derecho a la salud, en cambio, es positivo porque no pide que el poder se

abstenga de hacer algo, sino que haga algo porque sin una acción del Estado, al igual que en el caso de la educación, no se cumple. Por lo tanto, la aplicación de este derecho depende del valor que cada sociedad le da a la salud. Por otra parte, en la Constitución italiana es el único que figura como derecho fundamental, porque se considera que su cumplimiento es básico para la posibilidad de ejercer los demás derechos.

-Lo que obviamente tiene una relación indisoluble con la ética de la salud.

-Claro, porque el principio fundamental de la ética de la salud es garantizar a cada uno la posibilidad de lograr el máximo nivel de salud compatible con sus posibilidades. Y en este sentido se habla de equidad en salud y no de igualdad, porque los individuos nacen diferentes, con mayor o menor potencial de salud. La inequidad, entretanto, surge cuando las diferencias no son producto de la carga genética o los estilos de vida escogidos libremente, sino de los factores sociales que influyen en la aparición de enfermedades, como por ejemplo las condiciones de trabajo, vivienda y nutrición, el acceso a agua potable y a los servicios de salud.

En busca del equilibrio perdido

Aunque muchos médicos se resisten a aceptar una dinámica de mayor igualdad con sus enfermos y a reconocerles el derecho a saber lo que les pasa, ésta es una tendencia que viene empujando con fuerza en el mundo de la medicina.

En los últimos años la medicina ha experimentado grandes cambios, y no sólo en lo que se refiere a las nuevas posibilidades de diagnóstico y tratamiento surgidas de la mano de los avances científicos y tecnológicos.

De un tiempo a esta parte, también está en marcha una transformación mucho más sutil, pero que apunta directo al corazón del llamado "arte de curar", como lo es la modificación de la relación médico-paciente que busca una nueva identidad en base a una mayor igualdad.

Esta actitud -que responde a la ética propia de una sociedad pluralista en la que cada persona reafirma su entidad como sujeto de derechos- es recogida por la bioética bajo el nombre de "autonomía". Con esa denominación o bien con la de "consentimiento informado", la nueva ética médica reconoce explícitamente el derecho del paciente a contar con información fehaciente acerca de sus dolencias y los tratamientos posibles, así como a tomar decisiones al respecto.

Esto implica un nuevo enfoque que suma una enriquecedora perspectiva al principio hipocrático de la "beneficencia", por el cual los médicos están obligados a hacer el bien a sus pacientes.

En ese marco, ha comenzado a surgir en el mundo una dinámica diferente entre galenos y enfermos, en la que aquéllos dejan de ser los únicos depositarios del conocimiento y las decisiones, y éstos adquieren un mayor protagonismo -o al menos empiezan a tener voz- sobre lo que sucederá con su cuerpo y con su vida.

De gran relevancia para la medicina actual y para la que se vendrá, el consentimiento informado fue uno de los temas abordados en las Terceras Jornadas Argentinas y Latinoamericanas de Bioética que se desarrollaron hace pocos días en Huerta Grande.

Para el norteamericano James Drane -titular de la cátedra de Ética Biomédica de la Edinboro University de Pennsylvania y disertante sobre este tema en el encuentro- "éste es un esfuerzo por parte de la medicina para igualar

la relación entre médicos y pacientes, porque aunque desde el siglo

dad y libertad estos valores recién han ingresado ahora en este ámbito".

Con respecto al paternalismo que impregna esta actividad y que muchos médicos se resisten a abandonar, Drane indicó que "esa actitud fue la esencia de la ética médica durante 2.500 años, en la que el buen médico era como un padre y un padre no pide consentimiento; era una relación de poder, pero también de caridad y de cariño, por eso duró tanto".

Sin embargo, para el experto ahora las cosas son diferentes, a pesar de que el paternalismo no se resigna a abandonar la escena, incluso en los Estados Unidos. "En la situación actual -afirmó-, en la que hay tantas posibilidades, tantas especialidades, tantas tecnologías, el paternalismo de un especialista ya no va porque él puede brindar sólo una perspectiva, y por eso hay que dejar más poder en manos de los pacientes, aunque esto también tiene sus límites".

Relación desigual

De todos modos, y a pesar de la búsqueda de una relación más equilibrada, Drane reconoció que nunca puede ser totalmente igualitaria, básicamente por la situación de vulnerabilidad en la que se encuentra alguien que está enfermo y busca ayuda en un profesional.

"Es verdad que la relación es siempre desigual, porque el paciente no va al médico buscando autonomía sino una solución que le brinde alguien calificado en quien deposita su confianza. Esto no ha cambiado, y por eso siempre existe una influencia del médico que hay que reconocer", señaló.

Asimismo, aunque el paciente pueda tomar decisiones, siempre lo hará en función de la información que le proda" la información. "Así, hablar de autonomía o consentimiento informado no significa eliminar la influencia del profesional, sino tratar de restringirla cuando es excesiva y puede llegar al punto de dominar al paciente", afirmó.

A su criterio, el ideal apunta hacia las decisiones consensuadas entre ambos, "para lo cual se requiere un

acercamiento del médico al paciente que posibilite un mayor conocimiento y que tienda a encontrar un equilibrio dinámico entre la autonomía y la beneficencia”.

Que la bioética marque el rumbo

No obstante, Drane admitió que a los médicos aún les genera una cierta incomodidad esta nueva forma de relación, y destacó la labor de docencia que cumplen al respecto los comités hospitalarios de bioética. “Una de sus principales funciones -aseguró- es la de instruir al equipo de salud sobre esta problemática, para mediar y buscar el consenso, y tratar de humanizar el ambiente médico”.

Esto adquiere una particular relevancia en un contexto en el que la medicina aparece como un escenario en el que los valores económicos a veces se imponen a lo estrictamente sanitario. “Hoy la situación es que hay intereses que están controlando a la medicina desde afuera, diciendo a los profesionales lo que tienen que hacer o no, cuando el médico necesita libertad para



James Drane destacó la necesidad de que la bioética marque las pautas de la relación médico-paciente y de la relación medicina-economía.

tomar decisiones adecuadas. Por eso, es necesario organizarse y fijar pautas bioéticas al respecto, que defiendan la responsabilidad médica frente a los parámetros económicos”.

“Hacen falta médicos sensibilizados en la ética para poder orientar la profesión en una época en la que hay tantos intereses en juego.

El derecho a saber y a no saber

De acuerdo con la concepción tradicional que rigió la medicina durante 2.500 años, el médico era el único depositario del saber y, casi como un padre y en aras de su bien, decidía por los pacientes sin requerir su opinión. Asimismo, era frecuente que el enfermo fuera el último en enterarse de su patología.

Hoy la situación ha cambiado y los enfermos han comenzado a tomar conciencia de sus derechos al respecto.

De ese modo, para James Drane, hoy ya no es posible limitar la autonomía (el derecho a saber y a tomar decisiones) por el privilegio médico. “Si un paciente quiere saber lo que le sucede, el médico debe informarlo. La única excepción sería si por dar esa noticia puede morir, como por ejemplo en el caso de un enfermo cardíaco muy grave, pero esto es un recurso excepcional que debe ser muy bien valorado y del que no se debe abusar en función del paternalismo”, afirmó.

Sin embargo, la otra cara de la moneda es el derecho a no saber, que es otro límite del consentimiento informado. “Cuando un paciente le dice al médico que le informe a un familiar, el profesional no debe insistir en dar un diagnóstico, porque esa persona tiene sus criterios, sus valores y su sensibilidad, y hay que respetarlos”, indicó Drane.

“La única excepción se da cuando no brindar esa información puede provocar un daño al paciente”, precisó.

“O sea que siempre hay un equilibrio muy delicado entre autonomía y beneficencia que debe ser valorado en cada caso. Antes era más fácil, porque uno hacía lo que consideraba mejor de acuerdo con sus conocimientos; ahora siempre hay que balancear las cosas porque estamos en una situación en la que hay miles de opciones en la medicina y muchísimas perspectivas morales y éticas en la población”.

Reportaje a James Drane en "La Voz del Interior", Noviembre de 1997

RESPONSABILIDADES ETICAS Y PROFESIONALES DE LOS ODONTOLOGOS CON RESPECTO A LOS PACIENTES CON HIV POSITIVO Y A LOS PACIENTES CON SIDA

Nunca una enfermedad ha interesado tanto a los medios de comunicación como el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Este fenómeno puede ser explicado por varias razones, una de ellas es el aumento alarmante en el número de personas infectadas con el virus de inmunodeficiencia humano (HIV) y de pacientes con SIDA. El número de personas infectadas con HIV y de enfermos seguirá aumentando y ciertamente será sustancial en el futuro. Desde el 1 de Abril de 1987 se han comunicado al Programa Especial de los OMS sobre el SIDA, 45.700 casos de 102 países en todo el mundo. El SIDA y la infección HIV son ahora pandemias, y constituyen un problema prioritario de la salud pública de global importancia.

Por lo tanto, los odontólogos de todo el mundo tendrán que prepararse para proporcionar atención de salud bucodental a los pacientes infectados con el HIV. ¿Es apropiado, por consiguiente, preguntar cuáles son las obligaciones profesionales y éticas de los odontólogos con respecto a estos pacientes? La Organización Mundial de la Salud recomienda que los odontólogos participen activamente a nivel global y nacional en la prevención y en los programas de control del SIDA. La sección de salud bucodental de este programa puede ser resumida de la manera siguiente:

- El examen de la cavidad oral para detectar y diagnosticar las manifestaciones bucales que a menudo se observan en los pacientes con SIDA y sujeto con HIV positivo. De ser posible, los pacientes deben ser referidos a una unidad de medicina oral para que se haga otro diagnóstico, si los resultados sugieren una inmunodeficiencia subyacente.
- Prestar la atención bucodental usual a las personas con HIV positivo.
- Preferiblemente el tratamiento de las lesiones mucosales orales puede realizarse en departamentos odontológicos de hospitales o en escuelas de odontología.

- Perfeccionamiento del conocimiento del equipo de salud bucal con respeto a las enfermedades infecciosas, su transmisión y los procedimientos de higiene necesarios para controlar la infección cuando se proporciona atención de salud bucodental.
- Educación de los clientes dentales con respecto a la transmisión del HIV y su prevención.

Los odontólogos están capacitados para examinar y diagnosticar las condiciones patológicas de las membranas de la mucosa oral. La aparición del SIDA ha puesto de relieve esta parte de la responsabilidad profesional de los odontólogos, ya que estas manifestaciones bucales pueden observarse no sólo en los pacientes con SIDA sino que también pueden preceder a los síntomas clínicos generales de la enfermedad en las personas infectadas con HIV. Sin embargo, el examen a solas de la cavidad bucal no es un método adecuado ni sistemático para diagnosticar el SIDA o la positividad del HIV en las poblaciones, ya que requiere un valor de predicción muy alto tanto para los resultados positivos como para los negativos. El valor predictivo del examen de la cavidad bucal es por supuesto mucho mayor cuando se lo lleva a cabo entre poblaciones con una alta prevalencia de personas infectadas, aunque es todavía demasiado bajo como para ser usado a solas.

Como conclusión puede decirse que resulta como la candidiasis oral, la gingivitis ulceronecrotica aguda, etc., son los únicos que pueden ser síntomas del SIDA o del HIV positivo. El único signo patognomónico de una infección HIV es la leucoplasia "velluda" confirmada por un examen histológico. Cuando se hallan lesiones orales se deberá indagar más a fondo en el historial clínico con respecto a los síntomas generales, el comportamiento sexual y otros factores de riesgo. Si se confirma la sospecha de una inmunodeficiencia subyacente, el paciente

deberá ser remitido, de ser posible, a una unidad de medicina oral y si después así se indica deberá ser transferido para que se haga el diagnóstico definitivo y para que reciba tratamiento. La supervisión y tratamiento de las manifestaciones orales deben ser llevadas a cabo en colaboración estrecha con el departamento médico responsable.

Por contraste, se supone que los exámenes y tratamientos de salud bucodental usuales se realizarán en los consultorios dentales. Lamentablemente, hay odontólogos que, según parece todavía se rehusan a tratar pacientes con infección HIV, a pesar de las recomendaciones bien claras de los expertos. Aparentemente algunos colegas exigen que se les garantice completamente que la transmisión no puede ocurrir nunca durante el tratamiento de salud bucodental; ese tipo de garantía no puede ocurrir nunca durante el tratamiento de salud bucodental; ese tipo de garantía no puede darse. Sin embargo, la transmisión durante el tratamiento de salud bucal sigue siendo considerada sólo como una posibilidad teórica, ya que hasta ahora no se ha registrado ningún caso de SIDA o de HIV positivo, debido a la exposición profesional, entre el personal de salud bucodental. En otros estudios de trabajadores de salud también se ha indicado poco riesgo de infección. El factor deprimente, cuando los odontólogos se rehusan a atender a pacientes infectados con el virus HIV, es que la presión psicosocial sobre estos pacientes se hace aún más intensa. Además, esos odontólogos no viven de acuerdo con los niveles profesionales y éticos aceptables, y, teóricamente, no eliminan el riesgo de con-

traer la infección, ya que los pacientes rechazados se harán atender por otro odontólogo y ocultarán su condición. Finalmente, sólo se identificará una minoría de los casos infectados en un período determinado, lo que acentúa la imprudencia de rechazar a un paciente que con su confesión de que es seropositivo, sólo está beneficiando al odontólogo.

La Organización Mundial de la Salud considera que los odontólogos tienen una obligación humana y profesional de tratar y atender a las personas infectadas con HIV. De este modo la comunidad dental puede, conjuntamente con otros trabajadores de salud, psicólogos, asesores sociales, etc., de apoyar a los infectados y enfermos. El SIDA y sus problemas relacionados no desaparecerán en el futuro próximo. Es hora de que los odontólogos acepten desempeñar su función para combatir y prevenir la enfermedad, especialmente en los países donde la infección HIV representa un problema de salud pública muy serio.

La Organización Mundial de la Salud está en vías de establecer un Centro internacional de Colaboración para las Manifestaciones Orales de la infección HIV, en el Departamento Dental del Hospital Universitario (Rigshospitalet), de Copenhague, Tagensvej, DK-2200 Copenhague N, Dinamarca.

Si los recursos financieros lo permiten, el Centro prestará su ayuda a la profesión dental en la organización de cursos, y proporcionará material educativo y todo tipo de información.

*Redactado por Unidad de Salud Oral (O.M.S.),
publicado en Estomatología Peruana, Enero-Julio 1987.*

"PROTOCOLO PARA EL MANEJO ODONTOLOGICO DE PACIENTES RELATIVO AL ESPECTRO DE LA INFECCION HIV-SIDA".

Dr. Antonio Navarro Wolf

Dr. Rafael Polo Vargas

Dr. Francisco Pérez Carvajal

Dr. Jairo Luna Acosta

Dr. Claudio Castañeda Dominguez

Dr. Enrique Silva Pizano

Dr. Guido Chávez Montagno

Dr. Luis Miguel Hernández García

86

Definición de Trabajador de Salud Oral

Se entiende por trabajador de salud oral al odontólogo, auxiliares, técnicos de laboratorio, estudiantes, persona en entrenamiento y de servicios generales, cuyas actividades incluyan el contacto con pacientes, con sangre u otros líquidos corporales de pacientes en un centro de atención sanitaria.

Marco Legal Etico para la Atención Odontológica a Personas

Es usual y anti-ético que algunos odontólogos evadan la atención de pacientes HIV positivos y de pacientes SIDA. Al respecto cabe recordar que la Ley Colombiana, (35 de marzo 8/89), en torno al Ejercicio Profesional de la Odontología contiene varios artículos que comprometen al odontólogo en el conocimiento y valoración del estado sistémico de su paciente y exige una determinación sobre el estado de gravedad, la interconsulta oportuna, la convocación de juntas médicas y la identificación de afecciones generales por medio de signos o síntomas en cavidad oral. Recientemente fue expedido el Decreto 559/91 que al respecto reglamenta la Ley 09 de 1979 y la Ley 10 de 1990.

En consecuencia, no exime al odontólogo de su cumplimiento de la Ley ni de su ignorancia sobre aspectos médicos que le permitan valorar sistémicamente a sus pacientes, ni de su falta de actualización o capacitación en lo relativo a enfermedades que, como la infección HIV y SIDA, constituyen una seria amenaza para la humanidad, así como de aquellas entidades patológicas aún no conocidas que en el futuro puedan sobrevenir como

quiera que la Biología, la Fisiología, la Microbiología, la Patología, la Farmacología, etc. son disciplinas dinámicas y evolutivas acorde con el incontenible avance del conocimiento y de la tecnología.

Es a todas luces inadmisibles que el odontólogo o cualquier profesional de Salud se sustraiga deliberadamente del desarrollo científico o tecnológico para evitar comprometerse con la atención del paciente. Se estima que así como el avance en el conocimiento sobre oclusión y la gnatología señalaron un viraje y elevación del nivel científico considerando al diente como un órgano efector de tal función y sistema, así mismo la infección HIV-SIDA, debe señalar igual exigencia en el componente biomédico de la profesión odontológica.

Desde luego que para enfrentar con ética y con responsabilidad profesional retos tan serios como los constituye la infección por HIV-SIDA, el odontólogo y demás trabajadores de Salud Oral al servicio de entidades gubernamentales o no gubernamentales, se hallan en derecho así mismo legal de exigir todas las medidas, elementos y barreras de bioseguridad que le permitan prevenir eficientemente el contagio a sí mismo y a otros pacientes.

A raíz de lo contenido en las últimas líneas, las entidades de Salud, ya sea gubernamentales o no, deben programar y ejecutar cursos de inducción sobre contagio y propagación de enfermedades transmisibles en el manejo o atención de pacientes y obviamente el odontólogo debe tomarlos y aprovecharlos no sólo para cumplir un requisito laboral sino por propia convicción y obediencia a una espontánea motivación ética.

En este mismo orden de ideas, el Sector Oficial de Salud debe recordar su compromiso de antaño adquirido para evaluar eficiente y objetivamente su cuerpo de profesionales mediante la supervisión y seguimiento de los mismos.

Por último, ha de entenderse que para la lucha contra la propagación de infecciones HIV-SIDA, el odontólogo debe involucrar en su ejercicio profesional no sólo sus conocimientos y habilidades sino también su actitud y compromiso para afrontar con entereza y ética retos como lo son el estudio, la actualización permanente, la aten-

ción responsable de pacientes infectados, la exigencia para obtener los medios y recursos que la ciencia y la tecnología consideren indispensables.

La culturización del odontólogo como profesional de la salud debe basarse en el compromiso con su profesión y no con la evasión de responsabilidades, y para esto se espera el concurso así mismo ético de los centros de educación superior que forman odontólogos en nuestro país, o de los entes gremiales que les brindan actualización.

Cuadernos de Bioética N° 0

LEGISLACIÓN NACIONAL: SIDA

1. Ley 23.798. Salud Pública. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Declárase de interés nacional la lucha contra el mismo Sanc.: 16/08/90. Promul. de hecho: 14/9/90. Publ.: 20/9/90.

2. Decreto 1244. Salud Pública. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) Lucha. Declaración de interés nacional Regl.: 1/7/91; publ.: 8/7/91

3. Decreto 908. Salud Pública. Apruébanse normas reglamentarias para la realización de pruebas diagnósticas necesarias para la detección de portadores del virus HIV en el ámbito de las Fuerzas Armadas y de Seguridad. Del 11/12/95

1. Ley 23. 798. Salud Pública

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

Declárase de interés nacional la lucha contra el mismo

Sanc.: 16/8/90. Promul. de hecho: 14/9/90 Publ.: 20/9/90

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc., sanciona con fuerza de ley:

Art. 1. Declárase de interés nacional a la lucha contra el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, entendiéndose por tal a la detección e investigación de sus agentes causales, el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, su prevención, asistencia y rehabilitación incluyendo la de sus patologías derivadas, como así también las medidas tendientes a evitar su propagación, en primer lugar la educación de la población.

Art. 2. Las disposiciones de la presente ley y de las normas complementarias que se establezcan, se interpretarán teniendo presente que en ningún caso pueda:

- a) Afectar la dignidad de la persona;
- b) Producir cualquier efecto de marginación, estigmatización, degradación o humillación;
- c) Exceder el marco de las excepciones legales taxativas al secreto médico que siempre se interpretarán en forma restrictiva;
- d) Incursionar en el ámbito de privacidad de cualquier habitante de la Nación Argentina;

e) Individualizar a las personas a través de fichas, registros o almacenamiento de datos, los cuales, a tales efectos, deberán llevarse en forma codificada.

Art. 3. Las disposiciones de la presente ley serán de aplicación en todo el territorio de la República. La autoridad de aplicación será el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, a través de la Subsecretaría de Salud, la que podrá concurrir a cualquier parte del país para contribuir al cumplimiento de esta ley. Su ejecución en cada jurisdicción estará a cargo de las respectivas autoridades sanitarias a cuyos fines podrán distar las normas complementarias que consideren necesarias para el mejor cumplimiento de la misma y su reglamentación.

Art. 4. A los efectos de esta ley, las autoridades sanitarias deberán:

a) Desarrollar programas destinados al cumplimiento de las acciones descriptas en el art. 1, gestionando los recursos para su financiación y ejecución;

b) Promover la capacitación de recursos humanos y propender al desarrollo de actividades de investigación, coordinando sus actividades con otros organismos públicos y privados, nacionales, provinciales o municipales e internacionales;

c) Aplicar métodos que aseguren la efectividad de los requisitos de máxima calidad y seguridad;

d) Cumplir con el sistema de información que se establezca;

e) Promover la concertación de acuerdos internacionales para la formulación y desarrollo de programas comunes relacionados con los fines de esta ley;

f) El Poder Ejecutivo arbitrará medidas para llevar a conocimiento de la población las características del SIDA, las posibles causas o medios de transmisión y contagio, las medidas aconsejables de prevención y los tratamientos adecuados para su curación, en forma tal que se evite la difusión inescrupulosa de noticias interesadas.

Art. 5. El Poder Ejecutivo establecerá dentro de los 60 días de promulgada esta ley, las medidas a observar en relación a la población de instituciones cerradas o semicerradas, dictando las normas de bioseguridad destinadas a la detección de infectados, prevención de la

propagación del virus, el control y tratamiento de los enfermos, y la vigilancia y protección del personal actuante.

Art. 6. Los profesionales que asistan a personas integrantes de grupos en riesgo de adquirir el síndrome de inmunodeficiencia están obligados a prescribir las pruebas diagnósticas adecuadas para la detección directa o indirecta de la infección.

Art. 7. Declárase obligatoria la detección del virus y de sus anticuerpos en la sangre humana destinada a transfusión, elaboración de plasma u otros de los derivados sanguíneos de origen humano para cualquier uso terapéutico. Declárase obligatoria, además, la mencionada investigación en los donantes de órganos para trasplante y otros usos humanos, debiendo ser descartadas las muestras de sangre, hemoderivados y órganos para trasplante que muestren positividad.

Art. 8. Los profesionales que detecten el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o posean presunción fundada de que un individuo es portador, deberán informarle sobre el carácter infectocontagioso del mismo, los medios y formas de transmitirlo y su derecho a recibir asistencia adecuada.

Art. 9. Se incorporará a los controles actualmente en vigencia para inmigrantes que soliciten su radicación definitiva en el país, la realización de las pruebas de rastreo que determine la autoridad de aplicación para la detección del VIH.

Art. 10. La notificación de casos de enfermos de SIDA deberá ser practicada dentro de las cuarenta y ocho horas de confirmado el diagnóstico en los términos y formas establecidas por la ley 15.465, I en idénticas condiciones se comunicará el fallecimiento de un enfermo y las causas de su muerte.

Art. 11. Las autoridades sanitarias de los distintos ámbitos de aplicación de esta ley establecerán y mantendrán actualizada, con fines estadísticos y epidemiológicos, la información de sus áreas de influencia correspondiente a la prevalencia e incidencia de portadores, infectados y enfermos con el virus de la IDH, así como también los casos de fallecimiento y las causas de su muerte.

Sin perjuicio de la notificación obligatoria de los prestadores, las obras sociales deberán presentar al INOS 2 una actualización mensual de esta estadística. Todo organismo, institución o entidad pública o privada, dedicado a la promoción y atención de la salud, tendrá amplio acceso a ella. Las provincias podrán adherir este sistema de información, con los fines especificados en el presente artículo.

Art. 12. La autoridad nacional de aplicación establecerá las normas de bioseguridad a las que estará sujeto el uso de material calificado o no como descartable. El incumplimiento de esas normas será considerado falta gravísima y la responsabilidad de dicha falta recaerá sobre el personal que las manipule, como también sobre los

propietarios y la dirección técnica de los establecimientos.

Art. 13. Los actos u omisiones que impliquen transgresión a las normas de profilaxis de esta ley y a las reglamentaciones que se disten en consecuencia serán consideradas faltas administrativas, sin perjuicio de cualquier otra responsabilidad civil o penal en que pudieran estar incurso los infractores.

Art. 14. Los infractores a los que se refiere el artículo anterior serán sancionados por la autoridad sanitaria competente, de acuerdo a la gravedad y, o reincidencia de la infracción con:

a) Multa graduable entre 10 y 100 salarios mínimo, vital y móvil;

h) Inhabilitación en el ejercicio profesional de un mes a cinco años;

c) Clausura total o parcial, temporaria o definitiva del consultorio, clínica, instituto, sanatorio, laboratorio o cualquier otro local o establecimiento donde actuaran las personas que hayan cometido la infracción.

Las sanciones establecidas en los incisos precedentes podrán aplicarse independientemente o conjuntamente en función de las circunstancias previstas en la primera parte de este artículo.

En caso de reincidencia, se podrá incrementar hasta el décuplo la sanción aplicada

Art. 15. A los efectos determinados en este título se considerarán reincidentes a quienes, habiendo sido sancionados, incurran en una nueva infracción dentro del término de cuatro (4) años contados desde la fecha en que haya quedado firme la sanción anterior, cualquiera fuese la autoridad sanitaria que la impusiera

Art. 16. EL monto recaudado en concepto de multas que por intermedio de esta ley aplique la autoridad sanitaria nacional, ingresará a la cuenta especial Fondo Nacional de la Salud, dentro de la cual se contabilizará por separado y deberá utilizarse exclusivamente en erogaciones que propendan al logro de los fines indicados en el art. 1.

El producto de las multas que apliquen las autoridades sanitarias provinciales y de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, ingresará de acuerdo con lo que al respecto se disponga en cada jurisdicción, debiéndose aplicar con la finalidad indicada en el párrafo anterior.

Art. 17. Las infracciones a esta ley serán sancionadas por la autoridad sanitaria competente previo Sumario, con audiencia de prueba y defensa a los imputados. La constancia del acta labrada en forma, al tiempo de verificarse la infracción, y en cuanto no sea enervada por otros elementos de juicio, podrá ser considerada como plena prueba de la responsabilidad de los imputados.

Art. 18. La falta de pago de las multas aplicadas hará exigible su cobro por ejecución fiscal, constituyendo

suficiente título ejecutivo el testimonio autenticado de la resolución condenatoria firme.

Art. 19. En cada provincia los procedimientos se ajustarán a lo que al respecto resuelvan las autoridades competentes de cada jurisdicción, de modo concordante con las disposiciones de este título.

Art. 20. Las autoridades sanitarias a las que corresponda actuar de acuerdo a lo dispuesto en el art. 3 de esta ley están facultadas para verificar su cumplimiento y el de sus disposiciones reglamentarias mediante inspecciones y/o pedidos de informes según estime pertinente. A tales fines, sus funcionarios autorizados tendrán acceso a cualquier lugar previsto en la presente ley y podrán proceder a la intervención o secuestro de elementos probatorios de su inobservancia. A estos efectos podrán requerir el auxilio de la fuerza pública o solicitar orden de allanamiento de los jueces competentes.

Art. 21. Los gastos que demande el cumplimiento de lo dispuesto en el art. 4 de la presente ley serán solventados por la Nación, imputados a Rentas Generales, y por los respectivos presupuestos de cada jurisdicción.

Art. 22. El Poder Ejecutivo reglamentará las disposiciones de esta ley con el alcance nacional dentro de los sesenta días de su promulgación.

Art. 23. Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Pierri - Duhalde - Pereyra Arandia de Pérez

Pardo - Flombaum

2. Decreto 1244. Salud Pública

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) Lucha.

Declaración de interés nacional

Regl.: 1/7/91; publ.: 8/7/91

El Presidente de la Nación Argentina DECRETA:

Art. 1. Apruébase la reglamentación de la ley 23.798 que declaró de interés nacional la Lucha contra el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), que como anexo I forma parte integrante del presente decreto.

Art. 2. Créase en el ámbito del Ministerio de Salud y Acción Social la Cuenta Especial N° 23.798 con el correspondiente régimen de funcionamiento obrante en planilla anexa al presente. 3

Art. 3. Comuníquese, etc.

Menem - Porto

ANEXO I: Reglamentación de la ley 23.798

Art. 1. Incorpórase la prevención del SIDA como tema en los programas de enseñanza de los niveles primario, secundario y terciario de educación. En la esfera de su competencia, actuará el Ministerio de Cultura y Educación, y se invitará a las provincias y a la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires a hacer lo propio.

Art. 2. Incs. a) y b). Para la aplicación de la ley y de la presente reglamentación deberán respetarse las disposiciones de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, llamada Pacto de San José de Costa Rica, aprobada por la ley 23.054 y de la ley antidiscriminatoria, 23.592.

Inc. c). Los profesionales médicos, así como toda persona que por su ocupación tome conocimiento de que una persona se encuentra infectada por el virus HIV, o se halla enferma de SIDA, tiene prohibido revelar dicha información y no pueden ser obligados a Suministrarla, salvo en las siguientes circunstancias:

1. A la persona infectada o enferma, o a su representante, si se trata de un incapaz.

2. A otro profesional médico, cuando sea necesario para el cuidado o tratamiento de una persona infectada o enferma

3. A los entes del Sistema Nacional de Sangre creado por el art. 18 de la ley 22.990 mencionados en los incisos a), b), c), d), e), f), h) e i), del citado artículo, así como a los organismos comprendidos en el art. 7 de la ley 21.541.4

4. Al director de la Institución Hospitalaria o, en su caso, al Director de su Servicio de Hemoterapia, con relación a personas infectadas o enfermas que sean asistidas en ellos, cuando resulte necesario para dicha asistencia.

5. A los jueces en virtud de auto judicial dictado por el juez en causas criminales o en las que se ventilen asuntos de familia.

6. A los establecimientos mencionados en el art. 11, inc. b) de la Ley de Adopción, 19.134. Esta información sólo podrá ser transmitida a los padres sustitutos, guardadores o futuros adoptantes.

7. Bajo la responsabilidad del médico a quien o quienes deban tener esa información para evitar un mal mayor.

Inc. d). Sin reglamentar.

Inc. e). Se utilizará, exclusivamente, un sistema que combine las iniciales del nombre y del apellido, día y año de nacimiento. Los días y meses de un solo dígito serán antepuestos del número cero (0).

Art. 3. El Ministerio de Salud y Acción Social procurará la colaboración de las autoridades sanitarias de las provincias, como asimismo que las disposiciones complementarias que dicten tengan concordancia y uniformidad de criterios.

Se consideran autoridades sanitarias de aplicación del presente al Ministerio de Salud y Acción Social por medio de la Subsecretaría de Salud, y a las autoridades de mayor jerarquía en esa área en las provincias y en la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires.

Art. 4. Inc. a). Sin reglamentar.

- Inc. b). Sin reglamentar.
- Inc. c). Sin reglamentar.
- Inc. d). Sin reglamentar.
- Inc. e). Sin reglamentar.

Inc. f). A los fines de este inciso, créase el Grupo Asesor Científico Técnico, que colaborará con la Comisión Nacional de Lucha contra el SIDA en el marco del art. 8 del decreto 385 del 22 de marzo de 1989. Su composición y su mecanismo de actuación serán establecidos por el Ministerio de Salud y Acción Social.

Art. 5. Las autoridades de cada una de las instituciones mencionadas en el art. 5 de la ley 23.798 proveerán lo necesario para dar cumplimiento a las disposiciones de dicha ley y, en especial lo preceptuado en sus arts. 1, 6 y 8.

Informarán asimismo, expresamente a los integrantes de la población de esas instituciones de lo dispuesto por los arts. 202 y 203 del Código Penal.5

Art. 6. El profesional médico tratante determinará las medidas de diagnóstico a que deberá someterse el paciente, previo consentimiento de éste. Le asegurará la confidencialidad y, previa confirmación de los resultados, lo asesorará debidamente.

De ello se dejará constancia en el formulario que a ese efecto aprobará el Ministerio de Salud y Acción Social, observándose el procedimiento señalado en el art. 8.

Art. 7. A los fines de la ley, los tejidos y líquidos biológicos de origen humano serán considerados equivalentes a los órganos.

Serán aplicables al art. 21 de la ley 22.990 y el art. 18 del decreto 375 del 21 de marzo de 1989.6

Art. 8. La información exigida se efectuará mediante notificación fehaciente. Dicha notificación tendrá carácter reservado, se extenderá en original y duplicado, y se entregará personalmente al portador del virus HIV éste devolverá la copia firmada que será archivada por el médico tratante como constancia del cumplimiento de lo establecido por este artículo.

Se entiende por "profesionales que detecten el virus" a los médicos tratantes.

Art. 9. El Ministerio de Salud y Acción Social determinará los controles mencionados en el art. 9 de la ley. El Ministerio del Interior asignará a la Dirección Nacional de Migraciones los recursos necesarios para su cumplimiento.

Art. 10. La notificación de la enfermedad y, en su caso, del fallecimiento, será cumplida exclusivamente por los profesionales mencionados en el art. 4, inc. a) de la ley Nº 15.465, observándose lo prescripto en el art. 2, inc. e) de la presente reglamentación.

Todas las comunicaciones serán dirigidas al Ministerio de Salud y Acción Social y a la autoridad sanitaria del lugar de ocurrencia, y tendrán el carácter reservado.

Art. 11. Las autoridades sanitarias llevarán a cabo programas de vigilancia epidemiológica a los fines de cumplir la información. Sólo serán registradas cantidades, sin identificación de personas.

Art. 12. El Ministerio de Salud y Acción Social establecerá las normas de bioseguridad a que se refiere el art. 12 de la ley. El personal que manipule el material a que alude dicha norma será adiestrado mediante programas continuos y de cumplimiento obligatorio, y se le entregará constancia escrita de haber sido instruidos sobre las normas a aplicar.

Art. 13. Sin reglamentar.

Art. 14. En el ámbito nacional será competente el Ministerio de Salud y Acción Social.

Art. 15. El Ministerio de Salud y Acción Social, como autoridad competente, habilitará un registro nacional de infractores, cuyos datos serán tenidos en cuenta para la aplicación de las sanciones que correspondan en caso de reincidencia. Podrá solicitar a las autoridades competentes de las provincias y de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires la información necesaria para mantener actualizado dicho registro.

Art. 16. Sin reglamentar.

Art. 17. Sin reglamentar.

Art. 18. Sin reglamentar.

Art. 19. Sin reglamentar.

Art. 20. Sin reglamentar.

Art. 21. Sin reglamentar.

Art. 22. Sin reglamentar.

3. Decreto 908. Salud Pública

Apruébanse normas reglamentarias para la realización de pruebas diagnósticas necesarias para la detección de portadores del virus HIV, en el ámbito de las Fuerzas Armadas y de Seguridad Del 11/12/95
El Presidente de la Nación Argentina DECRETA:

Art. 1. Las Fuerzas Armadas y de Seguridad adoptarán las medidas que sean más convenientes para la realización de las pruebas diagnósticas necesarias para la detección del virus HIV, tanto en lo que respecta a interesados a ingresar a las mismas, como al personal de sus cuadros permanentes y plantas básicas de su personal civil.

Art. 2. Las mismas dispondrán para su personal:

1. Metodologías operacionales uniformes tendientes a la prevención del contagio por el virus HIV.
2. Detectada la condición de portador del virus HIV:
 - a) El personal afectado recibirá tratamiento médico necesario para la atención de la enfermedad.
 - b) Se le asignará al mismo funciones acordes con su estado de salud a efectos de evitar infecciones

intercurrentes, que pueden verse agravadas por sobrefatiga o situaciones estresantes.

c) Se mantendrá la confidencialidad de la condición de portador del virus HIV, restringiendo la difusión de tal información a los profesionales tratantes y funcionarios que ineludiblemente deban tomar conocimiento de la misma en razón de sus cargos.

d) Cuando el avance de la enfermedad provoque una secuela incapacitante para el cumplimiento de las tareas previstas en el inciso b) de este artículo, se observarán las prescripciones previstas en los reglamentos de sanidad de las respectivas Fuerzas.

Art. 3. Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese.

Menem - Corach - Camillón - Mazza

4. Ley 24.455. Obras Sociales

Prestaciones obligatorias que deberán incorporar aquellas recipiendarias del fondo de redistribución de la ley N° 23.661

Sanc.: 8/2/95. Prom.: 1/3/95. Publ.: 8/3/95

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc., sanciona con fuerza de ley:

Art. 1. Todas las Obras Sociales y Asociaciones de Obras Sociales del Sistema Nacional incluidas en la ley 23.660, recipiendarias del fondo de redistribución de la ley 23.661, 7 deberán incorporar como prestaciones obligatorias:

a) La cobertura para los tratamientos médicos, psicológicos y farmacológicos de las personas infectadas por algunos de los retrovirus humanos y los que padecen el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y/o las enfermedades intercurrentes.

b) La cobertura para los tratamientos médicos, psicológicos y farmacológicos de las personas que dependan física o psíquicamente del uso de estupefacientes.

c) La cobertura para los programas de prevención del SIDA y la drogadicción.

Art. 2. Los tratamientos de desintoxicación y rehabilitación mencionados en los artículos 16, 17, 18 y 19 de la ley 23.737 8 deberán ser cubiertos por la obra social de la cual es beneficiaria la persona a la que se le aplica la medida de seguridad curativa. En estos casos el juez de la causa deberá dirigirse a la obra social que corresponda a fin de indicarle la necesidad y condiciones del tratamiento.

Art. 3. Las obras sociales, junto con el Ministerio de Salud y Acción Social, elaborarán los programas destinados a cubrir las contingencias previstas en el artículo 1° de la presente. Estos deberán ser presentados a la ANSSAL 9 para su aprobación y financiación, rigiendo su obligatoriedad a partir de ellas.

La no presentación en tiempo y forma de los programas generará las sanciones que prevén las leyes 23.660 y 23.661.

Art. 4. El control del cumplimiento de los recaudos exigidos en el artículo 1° de la presente se efectuará por intermedio del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación.

Art. 5. La presente ley tendrá ejecutoriedad, previa existencia en el Presupuesto General de la Nación del período de que se trata de partidas específicas destinadas a sus fines.

Art. 6. La presente ley deberá ser reglamentada dentro de los sesenta días de su promulgación.

Art. 7. Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Pierri - Menem - Estrada - Piuzzi

5. Decreto 580. Obras Sociales

Prestaciones obligatorias. Incorporación.

Reglamentación

Regl.: 12/10/95. Publ.: 18/10/95

El Presidente de la Nación Argentina DECRETA:

Art. 1. Apruébase la reglamentación de la ley 24.455 conforme al anexo I que forma parte integrante del presente decreto.

Art 2. Comuníquese, etc.

Menem - Bauza - Mazza

ANEXO I: Reglamentación de la ley 24.455

Art. 1. Sin reglamentar.

Art. 2. Sin reglamentar.

Art. 3. El Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación a través de las áreas que disponga, elaborará programas destinados a cubrir las contingencias previstas en el art. 1 de la ley 24.455, tomando en cuenta para el programa de drogadicción a la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico de la Presidencia de la Nación según las atribuciones otorgadas por el decreto 649/91 y en el programa de SIDA al Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano y SIDA, creado en el marco jurídico de la ley 23.798/90 y decreto reglamentario 1244/91. Dichos programas con las adecuaciones a la realidad de la población beneficiaria de cada obra social, serán presentados a la Administración Nacional del Seguro de Salud "ANSSAL", para que a través de ésta se disponga la cobertura de todos los niveles mencionados en el Programa de la obra social con las estructuras asistenciales que la Administración financia y supervisa.

Los programas deberán ser presentados dentro de los primeros treinta (30) días hábiles cada año calenda-

rio, a la Administración Nacional de Seguro de Salud, disponiendo ésta de otros quince (15) días hábiles para indicar el ámbito de cobertura del programa.

Para todas las contingencias de los programas la ANSSAL contratará y financiará según el presupuesto asignado de acuerdo al art. 5 de la ley 24.455, los efectores calificados para la cobertura integral y necesaria que serán prestadores acreditados y categorizados por la autoridad de aplicación e inscriptos en el Registro Nacional de Prestadores.

Art. 4. El control del cumplimiento de los recaudos exigidos en el art. 1 de la ley 24.455 se efectuará por intermedio del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, quien dispondrá a través de la Secretaría de Políticas de Salud y Regulación Sanitaria, las condiciones de acreditación y categorización de los prestadores de los

servicios necesarios para cada programa asistencial, siendo requisito fundamental el cumplimiento del Programa de Garantía de Calidad de la Atención Médica

Todos los prestadores deberán estar inscriptos en el Registro Nacional de Prestadores, tal como lo indica la ley 23.661 en el art. 29.

Art. 5. Las partidas específicas existentes en el Presupuesto General de la Nación destinadas al objetivo previsto en la ley 24.455 estarán asignadas en e.se Presupuesto a la Administración Nacional del Seguro de Salud ANSSAL.

Las mencionadas partidas estarán en el presupuesto de la Administración Nacional del Seguro de Salud con imputación específica a los alcances de la ley 24. 455.

Art. 6. Sin reglamentar.

LEGISLACIÓN PROVINCIAL: SIDA

1. Provincia de Buenos Aires.

Ley N° 11.506 Salud Pública

Síndrome de Inmunodeficiencia Humana (HIV).

Prevención, Investigación y Tratamiento

Sanc.: 29/12/93. Prom. parcial: 14/2/94. Publ.: 8/3/94

El Senado y Cámara de Diputados de la provincia de Buenos Aires sancionan con fuerza de ley:

Art. 1. Todas las acciones dirigidas a la prevención, investigación, así como el tratamiento del Síndrome de Inmunodeficiencia Humana (HIV), deberán encuadrarse, en el ámbito de la jurisdicción de la provincia de Buenos Aires, a las disposiciones de la presente ley, de las normas que en su consecuencia se dicten y la ley nacional 23.798 y su decreto reglamentario.

Art. 2. El organismo de aplicación de la presente ley será el Ministerio de Salud y Acción Social de la provincia de Buenos Aires, o el organismo que lo reemplazare como Ministerio en el área de Salud.

Art. 3. EL Ministerio de Salud y Acción Social tendrá la Dirección de todas las acciones referidas a la prevención del Síndrome y consecuentemente contará con todas las facultades necesarias para el contralor del cumplimiento de esta ley.

Art. 4. EL Ministerio de Salud y Acción Social podrá concertar acuerdos con organismos y/o instituciones, na-

cionales o internacionales, públicas o privadas, a efectos del cumplimiento de esta ley.

Art. 5. El Ministerio de Salud y Acción Social establecerá las normas de bioseguridad mediante las cuales deberán desarrollarse las tareas de manipulación de sustancias biológicas o de contralor del Síndrome, en los establecimientos de Salud, tanto públicos como privados, siendo responsabilidad de los directores de dichos organismos, el cumplimiento de las mismas.

Art. 6. El Servicio Penitenciario y la Subsecretaría del Menor, la Familia y la Tercera Edad deberán adecuar sus procedimientos para la prevención y tratamiento del Síndrome en los internos sometidos a su guarda a las disposiciones de la presente norma. A tal efecto, en ningún caso podrán afectar lo dispuesto en el art. 2 de la ley nacional 23.798.

Art. 7. Establécese la necesidad de incorporar las temáticas de Drogadependencia y Prevención y Tratamiento del Síndrome de Inmunodeficiencia Humana (SIDA) en los programas de enseñanzas de los niveles primario, secundario y terciario de educación. En la esfera de su competencia, actuará la Dirección General de Escuelas y Cultura de la Provincia de Buenos Aires y se invitará a los municipios a hacer lo propio.

Art. 8. El estudio de la sangre humana para su utilización en cualquier establecimiento, público o pri-

vado, en la jurisdicción provincial, será de carácter obligatorio, y su incumplimiento será considerado falta grave. Para detectar la presencia de anticuerpos dirigidos al HIV, se emplearán los métodos que aseguren la mejor efectividad. Esta obligatoriedad rige para sangre entera, sus derivados de cualquier índole, los órganos para trasplante y cualquier otro producto biológico de aplicación terapéutica en seres humanos, actual o futura.

Art. 9. Los profesionales que tomen conocimiento que su paciente posee antecedentes clínicos o epidemiológicos compatibles con la adquisición del síndrome, deberán informar al mismo, así como se tratare de un menor de edad o de un incapaz a sus padres, o en su caso, al representante legal, sobre la necesidad de efectuarle las pruebas pertinentes para el diagnóstico. así como también sobre las formas de contagio a terceros y las medidas de prevención para evitarlo.

Art. 10. Las notificaciones de casos de personas afectadas por el síndrome, deberán ser efectuadas dentro de las cuarenta y ocho (48) horas de confirmado el diagnóstico, en los términos y formas establecidos por las leyes nacionales 15.465 y 23.798, sus decretos reglamentarios, la ley provincial 10.636 l y por las disposiciones de la presente ley. La metodología para mantener actualizados los datos epidemiológicos, será establecida por la reglamentación.

Art. 11. Toda acción contraria a los objetivos de esta ley, o que de cualquier manera perturbe o dificulte las tareas de prevención y de contención del síndrome, será considerada como falta, las cuales serán sancionadas de conformidad con lo establecido por los arts. 14, 15, 17, 18 y 20 de la ley nacional 23.798. Será autoridad de aplicación en todos los casos, el Ministerio de Salud y Acción Social.

Art. 12. El monto recaudado en concepto de multas que por intermedio de ley aplique el Ministerio de Salud y Acción Social de la provincia de Buenos Aires, ingresará a la Cuenta Especial "Fondo para la Atención de la Epidemia por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (HIV)", ley provincial 11.149.

Art. 13. A los efectos de la consulta y asesoramiento, se constituirá una "Comisión Intersectorial para la Prevención y Control de la Infección por HIV" la cual será presidida en carácter honorario por el señor gobernador de la provincia e integrada por el señor ministro de Salud y Acción Social, como presidente ejecutivo, el señor Subsecretario de Salud, como Secretario general, y en carácter de vocales, tres (3) miembros del Poder Judicial, designa-

dos por la Suprema Corte de Justicia, y tres (3) representantes de cada una de las Cámaras del Poder Legislativo, designados por las mismas. Asimismo, se invitará a participar a los Cultos Religiosos, Colegios Profesionales, entidades gremiales, y organizaciones no gubernamentales vinculadas a la Lucha contra el Síndrome. 2

Art. 14. Los gastos que demande el cumplimiento de la presente ley, serán tomados por la Cuenta Especial "Fondo para la Atención de la Epidemia por Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV)", establecida por la ley provincial 11.149.

Art. 15. Los municipios de la provincia de Buenos Aires, promoverán acciones de prevención y control de la infección por HIV, las cuales podrán ejecutar en forma coordinada con el área provincial correspondiente.

A tal efecto se podrán celebrar Convenios de reciprocidad entre las comunas y el Estado provincial.

Art. 16. El Poder Ejecutivo reglamentará la presente ley dentro de los sesenta (60) días de su promulgación.

Art. 17. Comuníquese al Poder Ejecutivo, etc.

Mercuri - Roma - Isasi - Landau

1 Esta ley dispone la obligación de notificar los casos de diversas enfermedades infectocontagiosas a la autoridad sanitaria.

2 Instituto Nacional de Obra Social (N. de R.).

3 La Planilla anexa al art. 2 no ha sido publicada.

4 Se trata de los establecimientos en que se practiquen trasplantes de órganos humanos. materia actualmente normada por la ley 24.193 (N. de R.).

5 Estas normas tipifican el delito contra la salud pública de propagación de enfermedades peligrosas y contagiosas para las personas (N. de R.).

6 Esta ley regula las actividades relacionadas con la sangre humana? sus componentes, derivados y subproductos. siendo tal su decreto reglamentario (N. de R.).

7 La ley 23.660 regula el funcionamiento de las Obras Sociales, y la ley 23.6617 al Sistema Nacional del Seguro de Salud (N. de R.).

8 Ley penal de represión a la tenencia y tráfico de estupefacientes (N. de R.).

9 Administración Nacional del Seguro de Salud (N. de R.).

"NO TODO LO CIENTIFICAMENTE POSIBLE ...

ES ETICAMENTE ACEPTABLE"

"Las Técnicas de Reproducción Asistida constituyen el inicio de una nueva etapa para el género humano. Los avances de los últimos tiempos en la ciencia médica y la ingeniería genética no dejan dudas acerca de estar viviendo una auténtica revolución tecnológica.

La sociedad observa, perpleja pero expectante, algo inimaginado en el pasado: la creación de un ser humano en el laboratorio.

Sin embargo, existe un desfase entre la rapidez de los descubrimientos y la aceptación social de los mismos. La cuestión radica en determinar si todo avance científico debe, ineludiblemente, ser aplicado.

Frente al hecho concreto de las TRA la sociedad debe tomar conciencia de las consecuencias que se generan e intentar plantear, lo más adecuadamente posible, los conflictos que se pudieran suscitarse.

Existe un movimiento creciente hacia la normativización de las TRA. Varias son las cuestiones que se nos plantean a los legisladores argentinos.

Por un lado, se necesita saber si la ley debe acompañar los cambios científicos, ir detrás de ellos o preverlos. Por otro, si al dictar una norma debemos guiarnos por nuestros propios principios éticos o debemos compulsar los del contexto social.

En cuanto al primer interrogante, podemos afirmar que la ley normativiza sobre la realidad, y fija pautas que responden a determinada política.

En segundo lugar, sólo si se da la identidad de valores entre los objetivos del legislador y los de los destinatarios se dotará a la norma de mayores posibilidades de eficacia

En el campo de las TRA ninguna decisión es fácil de tomar porque cualquiera de ellas encierra un gran compromiso ético.

El proyecto que presentamos en la Cámara hace 4 años, no tiene por fin admitir o reglamentar un sistema alternativo de procreación.

El espíritu que debe orientar y guiar la aplicación de las TRA es solucionar el problema de la esterilidad humana en los casos debidamente justificados.

Expresamos en nuestro proyecto, la necesidad de contar con un consentimiento informado que pueda ser expresado como documento público, cuando intervenga en la fecundación el material genético de terceros.

Entendemos necesaria la congelación de gametos por la posibilidad de transferencia en un ciclo posterior o en caso de enfermedad o tratamiento esterilizante. Pero revocamos el consentimiento firmado por los padres genéticos, frente a la muerte o separación de los mismos, para evitar la aplicación de las TRA después del cambio en el estado civil de la pareja.

Proponemos la creación de un Registro de receptores y de donantes donde consten todos los datos de las partes y también que se limiten a cuatro las donaciones exitosas de gametas, siendo más restrictivos que la legislación comparada, que oscila entre seis y diez donaciones.

No se admite la selección de sexo de los hijos porque esta ley quiere proteger el bien jurídico de "tener un hijo" y no el de "tener un hijo a medida".

No admitimos las investigaciones o manipulaciones de embriones, salvo con fines terapéuticos, otorgando al óvulo fecundado la protección jurídica de las personas por nacer.

Nos oponemos al alquiler de vientres, y reconocemos lo prescripto por el artículo 242 del Código Civil que legitima como madre "a la que da a luz".

La inseminación post-mortem se prohíbe más allá de los treinta días de fallecido el marido, con el objeto de desalentar la procreación luego de la muerte del padre genético, debido a los conflictos que suscitaría su filiación paterna, en orden, especialmente en lo que respecta a los derechos sucesorios.

Entendemos que el número de embriones a transferir debe quedar a criterio médico y en consenso con la pareja receptora.

Sin embargo, es necesario tener en cuenta el acuerdo internacional en cuanto a no transferir más de cuatro embriones en cada ciclo, para evitar los embarazos múltiples, con los riesgos que estos tienen para la salud de la madre y los hijos.

Existen en nuestro medio reclamos desde los más diversos ámbitos para que las TRA

tengan su marco legal. La ciencia sigue su desarrollo y el derecho no debe perder de vista sus avances. Con razón se ha dicho que la urgencia es grande y la gravedad es mucha. Una y otra no dan cabida a la demora.

Estamos convencidos de la universalidad de ciertos valores como: el respeto a la dignidad humana, los derechos del niño a una filiación segura, la debida protección legal a los usuarios de las nuevas técnicas, mediante la supervisión administrativa de los centros que prestan el servicio y la conciencia, sobre todo, de que no todo lo técnicamente posible es éticamente aceptable."

Ricardo Lafferrière.

Senador Nacional (UCR) y autor de un proyecto de ley sobre Reproducción Humana Asistida.

*Buscado. 200 respuestas sobre reproducción asistida.
D. Becher - S.Mammimi. Ed. Tiempo. La Plata. 1995.*

Fecundación artificial: ¿Dónde está la ética?

Por Miguel Colazo

Los avances en las técnicas de reproducción artificial han creado una serie de nuevas situaciones en lo que hace a regulaciones legales, principios éticos, responsabilidades profesionales, decisiones morales y religiosas.

Desde la época en que Aldous Huxley escribió *Un mundo feliz*, se consideró la manipulación genética y la capacidad de dar vida a través de medios creados por el hombre como algo que sólo tenía cabida en el ámbito de la ciencia ficción.

Sin embargo, con los llamados bebés de probeta, se ha abierto una nueva perspectiva que ha sacudido fuertemente las normas tradicionales de ética y moral, obligando a reconsiderar profundamente el llamado derecho a la existencia y la procreación.

En una serie de países está contemplada legalmente y hasta reglamentada la posibilidad de no reproducirse, incluso a través de la aplicación de medidas directas que atentan contra el ser, como es el aborto. En cambio, el derecho a procrear si bien es de gran significación para las personas no ha recibido en la mayoría de los casos un reconocimiento legal explícito. Y ello probablemente deberá ser tenido en cuenta en un futuro muy cercano, ya que la moderna tecnología al servicio de la vida crea una variada gama de problemas que entendemos exigen una definición dentro de límites concretos, cuales son los casos de donantes de ambos sexos, madres sustitutas, embriones congelados y paternidad por encargo. Todos estos aspectos se están manejando de una forma un tanto anárquica, prestándose a transacciones económicas y situaciones inéditas que, por esa misma razón, necesitan un marco legal.

Mientras tanto, cabe preguntar: ¿y la ética que papel juega?

En los Estados Unidos, uno de los países que marcha a la vanguardia en el tema, la sociedad científica de fertilidad estudió detenidamente cada uno de los aspectos involucrados y hace justamente un año publicó un documento de aproximadamente cien páginas en el que se presentaron las consideraciones éticas sobre las nuevas técnicas de reproducción.

Tal trabajo surge como un intento muy válido desde el punto de vista científico porque sugiere y define procedimientos dentro de un esquema referencial. Además se muestran opiniones en algunos casos diametral-

mente opuestas. Así, por ejemplo, **Kass en 1972** sostenía que "hay muchas formas de tener un niño en el mundo. La producción de seres humanos en laboratorios no es procreación natural sino una degradación de la paternidad".

Totalmente contraria era la visión de **Fletcher, quien en 1974** se preguntaba si resultaba mejor aquella vida surgida de una lotería sexual o la que emergiera de un ejercicio racional de la ciencia.

El comité de ética de la American Fertility Society acepta que la reproducción sin asistencia técnica es natural y buena. Sin embargo, agrega, el uso de los nuevos métodos puede ser moralmente justificable dependiendo de las circunstancias.

La fertilización extracorporal y la transferencia de embriones a una matriz fue reportada por primera vez hace ya varios años. Desde entonces hasta nuestros días las técnicas "in vitro" se han multiplicado y con gran suceso y promoción. Su principal indicación médica es en aquellos casos de esterilidad femenina por daño irreversible de las trompas y otros trastornos pélvicos de la mujer. También está indicada como posibilidad en ciertos casos de esterilidad masculina por oligospermia. La principal objeción radica en el hecho de que siempre se ha considerado, aunque con muchas reservas, que la vida de un hijo debería ser la resultante de un acto de amor.

Otros puntos criticados se refieren a los riesgos potenciales por falla técnica, los cuales empero no serían mayores que los enfrentados en la reproducción normal.

Entre los aspectos más controvertidos del tema está la utilización de múltiples embriones y su congelamiento, con toda una serie de derivaciones legales. Como no hay garantías absolutas en el sentido de que un solo embrión implantado en una matriz tendrá un desarrollo normal y llegará felizmente a término, suelen fecundarse varios óvulos todos los cuales implican vida en potencia. Por supuesto que, casi siempre, quedan embriones sin utilizarse. El sistema de congelamiento de éstos no resuelve para nada problemáticas como la relativa al status legal de esos embriones congelados, los derechos de propiedad y herencia. No hace mucho se citó en Australia el caso de una pareja multimillonaria que, sin poder engendrar hijos en forma natural, se prestó a una de las técnicas de fertilización "in vitro". Pocos días después la pareja falleció en un accidente de aviación sin dejar más herederos.

ros que sus embriones congelados. La Corte de Justicia, en primera instancia, resolvió que les cabía el derecho de herencia pero que había que buscar padres sustitutos dentro de una pareja legalmente constituida en la cual la mujer facilitará su matriz para el desarrollo de los embriones. Aquí cabría preguntarse: ¿bajo qué criterio selectivo se buscarían esos padres? El derecho no tiene una respuesta codificada. También es muy complejo todo lo relativo a las denominadas madres sustitutas. Son éstas, mujeres que sólo prestan su matriz para el desarrollo de un embrión cuyos padres genéticos son una pareja constituida por un hombre fértil y una mujer que produce óvulos maduros pero que carece de matriz (por intervención quirúrgica o malformación) o que, en su defecto, el desarrollo de un embarazo normal puede ser letal para su vida (casos severos de diabetes o hipertensión).

En un caso así, la única posibilidad de engendrar un hijo "propio" es realizando la fecundación "in vitro" e implantando el embrión en una madre sustituta.

Muchos trabajos científicos se han publicado acerca de los trastornos psicológicos de las madres sustitutas, como así mismo de su espíritu altruista. Pero, desgraciadamente, dicha función se puede convertir en un negocio

toda vez que se deba pagar una alta suma de dinero por el "servicio". Este procedimiento, existiendo de por medio peligros psíquicos que han ocasionado más de un problema cuando madres sustitutas quisieron continuar con la tenencia de la criatura que habían gestado.

Otro caso que trascendió fronteras es el de una mujer que aceptó ser la madre sustituta de embriones engendrados por su propia hija y su yerno. Quiere decir que será la primera abuela que dará a luz sus propios nietos. ¿Es esto ético? ¿Qué dice la ética médica acerca de la investigación -que parece indetenible- con embriones fecundados "in vitro"? Los grandes avances de la ciencia, en todas las épocas, provocaron obligadamente cambios en las concepciones éticas, morales y en ocasiones religiosas. Nosotros no hemos hecho sino apenas rozar tangencialmente algunos de los múltiples interrogantes que plantean las nuevas técnicas de fecundación artificial.

Quizás sea muy difícil adaptar una ciencia que, durante años se la consideró del mañana, a la realidad de un presente que no termina de desprenderse de su pasado.

Los límites en la manipulación genética

Sin entrar a tratar la cuestión desde sus implicancias confesionales, el caso de la mujer inglesa de 51 años que gestó artificialmente y alumbró por cesárea a una nieta -hija de una hija suya que no podía hacerlo por una malformación en el útero- reaviva la polémica sobre los límites filosóficos, morales en el sentido estricto del término y prudentes desde lo científico, de la manipulación genética.

Señor de la naturaleza -a la que se dedica a castigar en forma sistemática-, el hombre moderno, con la panoplia que ofrece la ciencia, se ha dado a explorar terrenos que, como éste del manejo de la vida humana, pueden abrir la jaula a verdaderos demonios, tal como lo anticipan ciertas películas que más que de ciencia-ficción parecen muestras de hiperrealismo.

En punto a esta delicada como irresuelta cuestión, conviene diferenciar expresamente entre el acto médico y la experimentación sobre seres humanos. El primero es, desde siempre, el modo de aliviar el dolor humano, de demorar la lucha final con la muerte, de calmar la angustia de la gente; es, en sí mismo, un compromiso de noble raíz, y a la vez una responsabilidad enorme. En cuanto al segundo de los aspectos apuntados, no hay que olvidar que los hombres de guardapolvo, barbijos y microscopios contribuyeron a que enfermedades que antes diez-maban impiadosamente a la humanidad o la sumían en crueles padecimientos, se convirtiesen, casi mágicamente, en problemas menores que, aun en los lugares de extrema carencia, pueden tener solución.

Hasta aquí, los dos tramos de esta cuestión -el acto médico propiamente dicho y la herramienta insoslayable de la investigación- no entraron en contradicción, ni entre sí ni con principios éticos que la humanidad considera casi pétreos.

Las investigaciones genéticas y algunos de los episodios que son considerados por buena parte de la comuni-

dad científica como logros que materializan ese algo superior, marcan en cambio, una peligrosa y no menos notoria contradicción. Establecen la posibilidad de un manejo de la vida que para algunos excede los límites a que debe ceñirse el ser humano en su relación -siempre en avance- con la naturaleza, y lo malquista con aspectos profundos, hasta misteriosos de la condición humana.

Por cierto que todos los precursores fueron yistos como "herejes" en su tiempo, al punto que tuvieron que pasar siglos para que a Galileo Galilei le fuese levantada la excomunión por haber pronunciado opiniones y sentencias de las que hoy son dueños los niños de la escuela primaria y los adolescentes de la segunda etapa. Esta

experiencia histórica, que reconoce casos más recientes y exorcismos brutales como algunos de los vividos en este mismo siglo, debe llevar a extremar la cautela en el análisis del tema.

Pero si hay algo que tanto la comunidad científica internacional como las sociedades de este tiempo no pueden dejar pasar de largo, sin debatir, es este tema del manejo genético con potenciales beneficios y peligros.

Resiente la lógica que una abuela convierta a hija y nieta en hermanas, lo que, según lo han señalado algunos estudiosos, en el tiempo plantearía conflictos de identidad serios. Por el otro lado, el sentido de la ciencia médica es la búsqueda y la preservación de la vida y el alivio del sufrimiento. No es una opción sencilla -si es que ha de convertirse en opción- la planteada por situaciones como la descrita. Pero éstos son, entre otros, los grandes desafíos que convocan, de cara al futuro, a lo más iluminado del intelecto humano. Y que obligan a repasar ciertos parámetros éticos que sin lugar a dudas están en el centro de estos temas medulares que, en buena medida, habrán de signar la marcha de la humanidad.

El caso de una mujer mayor de 50 años que aceptó gestar artificialmente a su propia nieta replantea las dudas sobre ciertas fronteras de la ciencia.

Nota editorial de "La Voz del Interior", 14 de Diciembre de 1996

Primer acuerdo contra la clonación humana

París

EFE, AFP, AP y Reuter

Diecinove países de Europa firmaron ayer un documento por el que se comprometen a **prohibir la clonación de seres humanos**. Gran Bretaña y Alemania no suscribieron el acuerdo.

El documento prohíbe "toda intervención cuyo objetivo sea crear un ser humano genéticamente idéntico a otro ser humano vivo o muerto", y **excluye cualquier excepción**, incluso la esterilidad absoluta de una pareja. Permite, en cambio, la clonación de células y de tejidos con fines de investigación o terapéuticos.

Los países firmantes son España, Dinamarca, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Islandia, Italia, Letonia, Luxemburgo, Moldavia, Noruega, Portugal, Rumania, San Marino, Eslovenia, Suecia, Macedonia y Turquía. Todos son miembros del Consejo de Europa -entidad formada en 1949 para promover la democracia, los derechos humanos y el imperio de la ley-, en el cual se reúnen en total **40 países**.

Estos 19 países deberán establecer en sus **legislaciones nacionales** las sanciones previstas en caso de infracción al acuerdo. Entrará en vigencia cuando haya sido ratificado por los parlamentos de **al menos cinco** de los países firmantes.

El acuerdo suscrito ayer es un agregado a la Convención Europea sobre los Derechos Humanos, la Biología y la Medicina, que algunos miembros del Consejo firmaron

el año pasado en España. La firma del documento está **abierta** a los otros miembros del Consejo y a otros estados que participaron en su elaboración: Australia, Canadá, Japón, Vaticano y Estados Unidos.

En desacuerdo

Alemania no se adhirió porque considera que el protocolo es **más débil** que una ley alemana que prohíbe toda investigación con embriones humanos.

Tampoco participó Gran Bretaña, por su firme tradición de **defensa de la libertad de investigación científica**. Fue justamente en Gran Bretaña donde se creó por clonación a la oveja Dolly. El periódico británico **The Independent** dijo que los experimentos sobre clonación humana podrían comenzar en la isla el año próximo.

Durante la III Conferencia Permanente Europea de los Comités Nacionales de Ética que se estaba celebrando ayer en París, el presidente francés Jacques Chirac subrayó: "**No resolveremos nada** prohibiendo ciertas prácticas en un país, si los investigadores y los médicos pueden desarrollarlas en otros".

Esto de **trasladarse a otro país** fue lo que el científico estadounidense Richard Seed anunció que haría si en su país le impedían iniciar experiencias de clonación. En ese sentido, el senador por Nueva Hampshire Judd Gregg anunció que en dos semanas, cuando se reanuden las sesiones, presentará un **proyecto de ley** contra la clonación humana.

Científico ruso, a favor de la clonación de seres humanos

“La prohibición de la clonación es totalmente infundamentada y sólo pueden hacerla los diletantes”, dijo ayer Ernst, jefe del Laboratorio de Biotecnología de Animales y vicepresidente de la Academia de Ciencias Agropecuarias de Rusia.

“Miles de clonados viven entre nosotros: me refiero a los gemelos univitelinos, pero cada uno de ellos tiene su propio carácter. Es decir, que la clonación no es contra natura”, agregó Ernst, quien el jueves pasado cumplió 69 años de edad.

Ernst sostiene que todas las prohibiciones tienen un mismo resultado: que los experimentos se realizan de todas maneras, pero de forma clandestina y con prisas. Por eso hay que permitir la clonación bajo control del Estado.

El pronunciamiento del científico ruso se produjo a pocas horas de que un total de 19 países suscribieron en París el protocolo del Consejo de Europa que prohíbe la creación de seres humanos mediante la técnica de la clonación.

El protocolo, primer instrumento jurídico internacional en esta materia, establece solemnemente la prohibición absoluta de “toda intervención que tenga por objeto crear un ser humano genéticamente idéntico a otro ser humano vivo o muerto”, sea cual sea la técnica a utilizar.

De acuerdo con el texto, que viene a completar la Convención Europea sobre la Biomedicina, aprobada por 22 de los 40 países del Consejo de Europa, la prohibición no podrá ser derogada “ni siquiera por razones de seguridad pública, de prevención de las infracciones penales, de protección de la salud pública o por la protección de los derechos y libertades del prójimo”.

El texto viene a completar la Convención Europea sobre la Biomedicina, conocida también como la Convención de Oviedo. La reproducción genética de tejidos o células con fines de investigación u objetivos terapéuticos queda al margen de la prohibición, al igual que la

estimulación hormonal dirigida a tratar la esterilidad de las mujeres o a lograr el nacimiento de gemelos.

Toda actuación que busque obtener un beneficio a través de la utilización de una parte del cuerpo humano, sea cual sea, queda radicalmente prohibida, al igual que la fecundación in vitro efectuada con el propósito de elegir el sexo del niño, salvo que se trate de evitar una enfermedad hereditaria grave.

Los países firmantes son Dinamarca, España, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Islandia, Italia, Letonia, Luxemburgo, Moldavia, Noruega, Portugal, Rumania, San Marino, Eslovenia, Suecia, Macedonia y Turquía. Todos fundamentan la prohibición a que se obligan invocando la “necesidad de proteger la identidad del ser humano”.

Portavoces del Consejo de Europa explicaron ayer que el Reino Unido y Bélgica suscribirán próximamente el protocolo y que Alemania no juzga necesario hacerlo, ya que tras los experimentos genéticos del régimen nazi está dotada de una legislación propia incluso más restrictiva.

La presidenta del Comité de Ética de la Unesco, Noelle Lenoir, declaró al diario *Le Monde* que “tras los asuntos de clonación aparece siempre el eugenismo”. Un juicio que compartió ayer la ministra francesa de Justicia Elizabeth Guigou. “La clonación del ser humano”, dijo, “sería predeterminar al niño desde su nacimiento y abrir la puerta al eugenismo colectivo”.

Carlos de Sola, promotor del protocolo prohibicionista en su calidad de responsable de la sección de bioética del Consejo de Europa, manifestó que “un clon no será jamás un niño” y que todos aquellos que, como el profesor norteamericano Richard Seed, manifiestan su intención de reproducir seres humanos, “están animados por el interés comercial” e incurren en “la impostura científica”.

El derecho a decir basta



*Mientras hay vida hay espera, no esperanza, afirma
José Alberto Mainetti*

Ubicado sólidamente en el justo medio de las caudalosas vertientes de la medicina y la filosofía, José Alberto Mainetti -con sendos doctorados en ambas disciplinas- es una de las voces argentinas más autorizadas en el terreno de la bioética, es decir, de la nueva ética

Nacido y residente en La Plata -donde aún la práctica profesional en un centro oncológico con la docencia universitaria y la actividad como investigador principal del Conicet-, Mainetti visitó Córdoba con motivo de las Jornadas Argentinas de Dolor, ocasión en la que no soslayó el tema de la muerte digna, en foco en estos días.

-El vacío legal ¿ha sido un obstáculo para que la "muerte digna" sea a veces una realidad en la práctica médica?

-Si bien hasta ahora no existe una norma legal en cuanto al derecho al desahucio, es decir a la muerte voluntaria de un paciente que está en la fase terminal de una enfermedad irreversible, una alternativa terapéutica cuando ya no es posible curar es la de cuidar. Esta es la nueva filosofía que ha surgido en todo el mundo, especialmente en Inglaterra a partir de la década del '60, y que recupera una vieja tradición de la medicina: curar a veces, aliviar a menudo, consolar siempre.

-Ese haber dejado de lado la dimensión del cuidar exacerbando el curar, ¿tiene relación con la omnipotencia casi total demostrada en los últimos tiempos por la ciencia?

-Esa es la razón de la rebelión del paciente hacia el *establishment* médico que pensó desde esa omnipotencia -en cierto modo justificada por el deslumbrante progreso de la ciencia y la técnica- y que por momentos lleva a caer en lo que se llama el enañamiento o encarnizamiento terapéutico. Pero hoy, en esta cultura posmoderna se da una suerte de reconocimiento de los límites de la condición humana. Y el médico, como humanista, debe aceptar que hay situaciones límites como el sufrimiento, además de aceptar el hecho de que somos seres caducos que envejecemos y declinamos, y finalmente morimos. Sin embargo, curiosamente la medicina y la sociedad negaron estas tres dimensiones. El sufrimiento aparece como un despropósito, envejecer constituye una enfer-

medad para la que la medicina tiene remedio, y la muerte, por supuesto, surge en el horizonte como un mal absoluto. Esta situación es la que en definitiva lleva a los abusos de omnipotencia médica, que no reconoce que el hombre tiene límites y que la medicina debe hacerse cargo de ellos.

-Que es lo que ahora se intenta encuadrar legalmente.

-Sin que esto signifique proponer una "medicina sacerdotal", sucede que el hombre debe proporcionar sus métodos a sus posibilidades. No hacerlo da lugar a situaciones dramáticas, siempre deshumanizadas y muchas veces indignas, como lo es morir en un hospital, sujeto a las grandes terapias, en un prolongamiento de la vida con un valor poco claro. Entonces, lo que se busca es dar un marco jurídico que tenga un carácter preventivo, es decir que evite ese conflicto. El paciente se rebela contra las órdenes médicas porque muchas veces perdieron su sentido y no producen un beneficio evidente. Porque mientras hay vida hay espera, no esperanza. Lo que sí está instalado y no podemos disimular, es el conflicto que virtualmente existe entre la omnipotencia del médico formado para curar y no para cuidar, y ni siquiera para aliviar. Al punto que, hasta hace muy poco, no habíamos hecho del dolor un problema médico; recién ahora hay un reconocimiento del sufrimiento como una dimensión que el médico debe tratar.

-Entre el abandono y el ensañamiento ¿estaría entonces el lugar de la muerte digna?

-Si, fundamentalmente hay que reconocer al paciente el derecho de rechazar tratamientos. Esto es lo que la bioética llama la autonomía, es decir que el enfermo pueda decidir por sí mismo. Y es importante porque tradicionalmente la medicina no tenía en cuenta a ese sujeto moral: el paciente era visto como incompetente, casi como un chico que no estaba en condiciones de

decidir porque la enfermedad lo vulneraba en su autonomía. Sin embargo, el hecho de que uno sea incompetente para algo no significa que lo sea para todo. Pero también está claro que para respetar la voluntad de las personas hay que introducir algo fundamental: el consentimiento informado, que es una adhesión voluntaria, pero con conocimiento de lo que sucede, y que es lo que contempla precisamente el proyecto de muerte digna que está en el Congreso.

-¿Qué es el buen morir?

-Es muy difícil definir qué es una buena muerte. Hay una expresión italiana que dice que un bello morir, digno y decoroso, honra toda la vida. También se puede decir lo que es un mal morir: un morir medicalizado, donde la muerte cae totalmente bajo el dominio de la tecnología médica, y donde a la persona "se le roba" su muerte. Así, el enfermo muere sin saber que muere, sin querer morir, con sufrimiento y en soledad, que hace a una muerte no consentida. Y aunque es difícil aceptar morirse, es posible hacerlo consumando una vida, lo que implica una muerte mínimamente asumida y digna.

-¿El hombre está recuperando las dimensiones humanas de nacer y de morir, olvidadas en los últimos tiempos?

-La cultura siempre ha conformado las maneras de nacer, procrear y morir. Lo que sucede es que últimamente se dio un exagerado avance tecno-científico sin un condigno y equilibrado desarrollo de la sabiduría y la ética. Y ese es el gran desafío. Frente al vértigo hacia el futuro que implica el fin de siglo, el balance del hombre muestra un prodigioso desarrollo científico y tecnológico sin un acompasado progreso moral. Entonces lo que hay es una esperanza ética de que la humanidad logre un nuevo peldaño moral que le permita su propia supervivencia.

Condena del Papa a la eutanasia y al aborto



104

Ciudad del Vaticano (AFP-NA-Reuter).- Juan Pablo II condenó enfáticamente todos los usos sociales y leyes de aborto y eutanasia, e indicó la necesidad de contraponer un «evangelio de la vida» a la «cultura de la muerte».

En *Evangelium vitae* (El evangelio de la vida), su 11ª encíclica, el Papa subrayó que «en el caso de una ley intrínsecamente injusta como la del aborto o la eutanasia, nunca es lícito someterse a ella».

Sin embargo, no condenó con el mismo énfasis la «pena de muerte». Aunque indicó que «la calidad de la pena debe ser valorada y decidida atentamente», no descartó que se pueda llegar a la medida extrema de eliminación del reo «cuando la defensa de la sociedad no sea posible de otro modo».

El Papa habló de numerosos temas conectados con la defensa de la vida, desde los métodos anticonceptivos hasta las técnicas de reproducción artificial, los diagnósticos prenatales, el problema de los enfermos incurables, el suicidio, el homicidio y la planificación familiar.

Según el Pontífice, muchas de estas prácticas son síntomas de una «cultura de la muerte» que se ha difundido en el mundo, haciendo ver estos usos como actitudes lícitas y no como «delitos».

El documento criticó a los legisladores que votaron leyes de aborto o de eutanasia e incita a la «objeción de conciencia» a médicos y personal sanitario que no esté de acuerdo con estas prácticas, pidiendo además leyes que los protejan.

Además, el Papa subrayó que «un ser humano en la fase inicial de su existencia, situada entre la concepción y el nacimiento» es «lo más inocente que se puede imaginar».

«Nada ni nadie puede autorizar la muerte de un ser humano inocente, sea feto o embrión, niño o adulto, anciano, enfermo incurable o agonizante (...). Ninguna autoridad puede legítimamente imponerlo ni permitirlo», señaló el Pontífice y recordó que existe la «exco-

munión" automática para quienes lo practican y para los cómplices.

Según el Papa, en el aborto no interviene sólo la responsabilidad de la madre sino también del padre, al "dejarla sola ante los problemas del embarazo", y de la sociedad, con la difusión de una mentalidad de "permisivismo".

La eutanasia, dijo el Papa, es "una grave violación de la ley de Dios en tanto se trata de una muerte deliberada",

es "absurda e inhumana" y uno de los síntomas "más alarmantes" de la "cultura de la muerte" difundida en las sociedades desarrolladas. Es más grave aún y se configura como "homicidio" cuando "otro la practica sobre una persona que no lo pidió ni dio, su consentimiento". Se llega "al colmo" en este sentido cuando médicos y legisladores se arrojan el derecho de decidir quién debe morir o vivir".

Encíclicas de Juan Pablo II

Ciudad del Vaticano, (AFP-NA) - La encíclica **Evangelium vitae** (Evangelio de la Vida), que publica hoy el Vaticano, será la 11ª escrita por Juan Pablo II desde que comenzó su pontificado en 1978. Las encíclicas fueron:

♦ 14 de marzo de 1979: **Redemptor hominis** (sobre Cristo redentor y la dignidad de los hombres). Esta primera encíclica está dedicada a la defensa de los derechos humanos.

♦ 2 de diciembre de 1980: **Dives in misericordia** (Dios rico en misericordia). Recuerda el amor del Padre revelado por Cristo.

♦ 15 de setiembre de 1981: **Laborem Exercens** (el ejercicio del trabajo). Trata del hombre en el trabajo, recordando la "dignidad y los derechos de los trabajadores", en ocasión del 90 aniversario de la *Rerum Novarum* de León XIII.

♦ 2 de julio de 1985: **Slavorum Apostoli** (Los apóstoles de los eslavos). Define las bases de una teología de la libertad religiosa en esta encíclica dedicada a la herencia espiritual de los santos Cirilo y Metodio, evangelizadores de los pueblos eslavos.

♦ 18 de mayo de 1986: **Dominum et vivificantem** (El es el señor y da la vida). La defensa de la fe contra

el materialismo y el diablo, es el tema de esta encíclica sobre el Espíritu Santo. Hace un llamado a la plegaria ante la llegada del año 2000.

♦ 25 de marzo 1987: **Redemptoris Mater** (La madre del Redentor). Encíclica consagrada a la Virgen María.

♦ 30 de diciembre de 1987: **Sollicitudo rei socialis** (La preocupación por las cuestiones sociales). En ocasión del aniversario de la encíclica de Paulo VI *Populorum progressio* (el progreso de los pueblos). Este documento señala la necesidad de un desarrollo social de los pueblos, y del respeto de los deberes, de la solidaridad y de la justicia.

♦ 7 de diciembre de 1990: **Redemptoris missio** (La misión del Redentor). Hace referencia al testimonio evangélico esperado de todos los sacerdotes y laicos a quienes el Papa pidió comprometerse por la paz, la justicia, los derechos humanos y tomar posición sobre la corrupción política y económica.

♦ 1º de mayo de 1991: **Centesimus annus** (El centésimo año). En ocasión del centenario de la encíclica social *Rerum novarum* de León XIII.

♦ 6 de agosto de 1993: **Veritatis splendor** (El esplendor de la verdad). La Iglesia reafirma su posición sobre las cuestiones éticas frente a quienes no reconocen ningún valor moral.

Primer caso de eutanasia legal en el mundo

Se trata de un enfermo terminal de cáncer. Una computadora accionada por el paciente, fue la encargada de controlar el suministro del líquido letal. Escribió una carta póstuma.

La muerte llegó de manera apacible para el carpintero australiano jubilado Bob Dent, quien el domingo se constituyó en el primer caso legal de eutanasia voluntaria del mundo.

Dent (66) estaba acompañado de sus familiares y amigos en su residencia de Darwin, una remota y tropical población del Territorio del Norte en Australia, cuando ingirió sus últimos alimentos y líquidos.

Al ser el primero en el mundo en acogerse a la ley que permite el suicidio asistido, Dent desató un enconado debate sobre si debería legalizarse la "muerte misericordiosa" o dejar que quienes padezcan de una dolencia crónica la soporten, hasta morir por causas naturales.

Conforme al método creado por el médico Philip Niesche, una computadora controló la aplicación de la jeringa y fue el propio paciente el que, al apretar la tecla "sí", ingresó la orden respectiva autorizando la introducción del líquido letal en su cuerpo.

El gobierno del agreste territorio australiano representa a menos del uno por ciento de los 18 millones de australianos.

Pero su promulgación de la primera norma en el mundo que permite el suicidio asistido, tiene profundas implicaciones en Australia y en el exterior.

"Es claro que esta muerte hace del tema un debate nacional", dijo el funcionario gubernamental Kevin Andrews, quien auspicia una legislación en busca de que el Parlamento australiano invoque sus facultades constitucionales para derogar la ley del territorio.

"No creo que nadie pueda decir más que esto es algo que sólo afecta al Territorio del Norte", agregó.

El propio Dent contribuyó a alimentar el debate con una emotiva solicitud en una misiva al Parlamento, divulgada días después de su muerte, para que rechace la

iniciativa de Andrews y permita a quienes sufren de enfermedades crónicas aliviar su dolor y morir con dignidad.

"Empujado" al suicidio

En la carta, escrita un día antes de que le fuese administrada una dosis letal de químicos con una inyección controlada por computadora, Dent dijo que los fármacos para controlar el dolor que le producía el cáncer prostático de que padecía, le habían empujado al suicidio. "Los fármacos administrados para mejorar los efectos de la morfina me han vuelto suicida, hasta el punto de que, si hubiera tenido una pistola, me habría volado la cabeza", escribió.

"La Iglesia y el Estado deberían mantenerse separados. ¿Qué derecho tiene alguien, por razones de su propia fe religiosa, a la cual yo no suscribo, de exigir que me comporte de acuerdo con sus normas y soporte un dolor innecesario e intratable?", se preguntó.

"Si ustedes discrepan de la eutanasia voluntaria, entonces no la usen, pero por favor, no me nieguen el derecho de recurrir a ella", dijo Dent en su misiva.

El Vaticano expresó horror ante la noticia, diciendo que ni ley ni sufrimiento humano alguno pueden justificar la eutanasia.

"Uno sigue estupefacto y horrorizado por la conmoción ante este caso de eutanasia que fue solicitado y autorizado", dijo el padre Gino Concetti, un teólogo allegado al Papa Juan Pablo II.

La reacción vaticana contrastó con las expresiones de aprobación en Holanda por partidarios del derecho a morir, que consideraron el suicidio asistido de Dent como una victoria para las libertades individuales.

"Creemos que es fabuloso que se permita a los médicos legalmente, honrar el último deseo de un paciente", dijo Jonne Boesjes, de la influyente Sociedad Holandesa en Pro de la Eutanasia Voluntaria, en Amsterdam.

Si bien dirigentes comunitarios y políticos condenan la ley con mucho vigor, distintas encuestas de opinión demuestran que el respaldo ciudadano es abrumador: entre siete y ocho de cada 10 australianos la apoyan.

Arzobispo avergonzado

Los que en Australia rechazan la eutanasia dicen que jamás debe legalizarse la muerte voluntaria y alertan acerca de la posibilidad de abusos, que harán de sus victimas a los desvalidos. El arzobispo católico de Sydney, Edward Clancy, dijo estar "profundamente avergonzado de que Australia sea el único país en el mundo en legalizar la muerte de un inocente".

Pero quienes apoyan la ley, tales como el médico de Dent, Philip Nitschke, quien además ha encabezado la campaña pro eutanasia en Australia, replican que debería permitirse al individuo la forma de terminar con su vida, si el dolor es insoportable y siempre que su estado mental sea saludable.

El primer ministro de Victoria, Jeff Kennett, quien apoya la eutanasia voluntaria, dijo que las iniciativas para derogar la ley son inmorales.

"Es simplemente bellissimo el que la gente muera con gracia y con dignidad, como lo ha elegido, en oposición a morir bajo sufrimiento", dijo el funcionario a los periodistas.

Ambos bandos coinciden en que el debate no está, en modo alguno, próximo a su conclusión.

Muerte voluntaria por computadora

El australiano Bob Dent, que padecía de un cáncer de próstata, fue la primera persona en el mundo en morir a causa de una inyección letal controlada por computadora, bajo una nueva ley de eutanasia voluntaria.

Dent, de 66 años, murió el domingo acompañado de sus familiares.

MEDIDAS PARA UNA EUTANASIA VOLUNTARIA

Un especialista debe certificar que la enfermedad es incurable.

Un psiquiatra debe establecer que el paciente no sufre de una depresión que pudiera ser tratada.

Se exige un período de reflexión de nueve días.

Se inyecta al paciente con una inyección controlada por computadora.

La programación de la computadora interroga al paciente para confirmar que reconoce las consecuencias del proceso.

Cada pregunta es contestada con un "SI" o un "NO".

Luego de que las preguntas son contestadas, la computadora suministra una dosis de somnífero.

Después del somnífero, la computadora inyecta un relajante muscular que induce a un paro cardíaco.



Integración H&UTEM

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ◆ *Basso, D.: Fundamentos filosóficos de la ética médica. Ethica 3: 7 - 11, 1992.*
- ◆ *Belderrain, L.: El Equipo de Salud y la Terminalidad: Bioética de la esperanza. Quirón 22/3: 19-22, 1991.*
- ◆ *Boletín Oficina Sanitaria Panamericana. Bioética. Número especial. 108/5-6, 1990.*
- ◆ *Código de Etica del Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba.*
- ◆ *Colegio Odontológico de la Provincia de Córdoba. Ley 4806. Estatutos y Código de Etica y Disciplina.*
- ◆ *Cragno, N.: Comités Intrahospitalarios de Bioética. Ethica 13: 27-32, 1994.*
- ◆ *Engelhardt, H.T.: Los fundamentos de la Bioética. Editorial Paidós. Barcelona. 1995.*
- ◆ *Gafo Fernández, J.: 10 palabras clave en Bioética. Editorial Verbo Divino. Navarra. 1993.*
- ◆ *Galende, I.: Una metodología ética en la investigación. Ethica 3: 23-26, 1992.*
- ◆ *Gracia, D.: Los cambios en la relación médico-paciente. Med. Clin. (Barc) 93: 100-102, 1989.*
- ◆ *Gracia, D.: Métodos de análisis de problemas éticos en la clínica humana. Anales de la Real Academia Nacional de Medicina. Tomo CIX Cuaderno segundo. Madrid 1992a.*
- ◆ *Gracia, D.: La relación clínica. Rev. Clin. Esp. 191/2: 61-63, 1992b.*
- ◆ *Howard, Jones, N.: El código ético del COICM, sobre los experimentos en animales. Crónica de la O.M.S. 39/2: 55-60, 1985.*

- ◆ *Instituto Borja de Bioética. Comités de Bioética: Necesidad, estructura y funcionamiento. Labor hospitalaria 229: 1993.*
- ◆ *Juan Pablo II: Carta Encíclica Evangelium Vitæ. Sobre el valor y el carácter inviolable de la vida humana. Editorial San Pablo. Buenos Aires 1995.*
- ◆ *Lavados, M.J. y col.: Problemas contemporáneos en Bioética. Ediciones Universidad Católica de Chile. Santiago de Chile. 1990.*
- ◆ *La Purma, J.; Toulmin, S.E.: Ethics Consultants and Ethics Committees. Arch. Intern. Med. 149: 1109-1112, 1989.*
- ◆ *Lorda, P.S.; Concheiro Cano, L.: El consentimiento informado. Teoría y Práctica (I). Med. Clin. (Barc) 100: 659-663, 1993.*
- ◆ *Lorda, P.S.: El consentimiento informado. Teoría y Práctica (II). Med. Clin. (Barc) 101: 174 - 183, 1993.*
- ◆ *Luna F., Salles A.: Decisiones de vida y muerte. Eutanasia, aborto y otros temas de ética médica. Editorial Sudamericana. Buenos Aires. 1995.*
- ◆ *Lussi, H.: Derechos de los pacientes. Ethica 8: 17-22, 1994.*
- ◆ *Mainetti, J.A.: Bioética Fundamental. La crisis bioética. Editorial Quirón. La Plata. 1990.*
- ◆ *Mainetti, J.A.: Bioética Sistemática. Editorial Quirón. La Plata. 1991.a.*
- ◆ *Mainetti, J.A.: Visión Bioética de América Latina. Quirón 22/3: 97-104. 1991.b.*
- u Meerof, M.: Ética Médica, 2ª edición. Librería Akadia Editorial. Buenos Aires. 1993.*
- ◆ *Polaino - Lorente A.: Manual de Bioética General. 3ª edición. Editorial RIALP S.A. Madrid. 1997.*
- ◆ *Quintana Trias, O.: Principios éticos en relación a la vida y la muerte. Ethica 3: 18-22, 1992.*
- ◆ *Sgreccia E.: Manual de Bioética. Editorial Diana. México. 1996.*
- ◆ *Subramanian, M.: El informe sobre la salud en el mundo. Reducir las desigualdades. Salud Mundial 48º Año Nº 2: 4-5, Marzo-Abril 1995.*
- ◆ *Susuki, D.; Knudtson, P.: Genética. Conflictos entre la ingeniería y los valores humanos. Editorial Tecnos. Madrid. 1991.*

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- ◆ *Alberti K.G.M.: Local research ethics committees. BJM 311: 639-640, 1995.*
- ◆ *Alburquerque Frutos E.: Bioética. Una apuesta por la vida. Editorial CCS. Madrid. 1992.*
- ◆ *Andorno R.: El derecho europeo ante las nuevas técnicas de procreación humana: ¿Primacía de la persona o primacía de la técnica?. Traducción del artículo publicado en Revue Internationale de Droit Comparé 1: 1994.*
- ◆ *Arribere R.: El consentimiento informado y los menores de edad. Documento del Centro de Estudios de Derecho. III Jornadas Argentinas de Bioética. III Jornadas Latinoamericanas de Bioética. Córdoba. 1997.*
- ◆ *Arzobispado de Córdoba: El desafío ético al hombre de hoy. Córdoba. 1993.*
- ◆ *Basso D.: Fundamentos filosóficos de la ética médica. Ethica 3: 7-11, 1992.*
- ◆ *Baumrind S.: The role of clinical research in orthodontics. The Angle Orthodontist 63: 235-239, 1993.*
- ◆ *Benítez Ortuzar J.F.: Aspectos jurídico-penales de la reproducción asistida y la manipulación genética humana. Tesis doctoral. Universidad de Granada. España. 1995.*
- ◆ *Berlinger G.: Ética de la Salud. Lugar ed. Buenos Aires. 1996.*
- ◆ *Bird L.P.: Dental ethics: where science and sensitivity touch. Special Care in Dentistry: 198-203. Sept/Oct. 1985.*
- ◆ *Bolzán A.D.: Manipulación genética y reproducción asistida en el ser humano. Editorial Claretiana. Buenos Aires. 1990.*
- ◆ *Bordín C., Fracapani M., Gianna Cari L., Bochaty A.: Bioética. Experiencia transdisciplinaria desde un Comité Hospitalario de Bioética. 2ª edición. Buenos Aires. 1996.*

- ◆ Bowen W.H.: *Ethical use of animals. J. Dent. Res.* 73: 1773-1777, 1994.
- ◆ Burke F.J.T., McCord J.E.: *Research in general dental practice. Problems and solutions. Brit. Dent J.* 11: 396-398, 1993.
- ◆ Canelón J.S.: *Odontología U.S.A.: Crisis y Código ético. Acta Odont. Venezolana* 3: 431-439, 1987.
- ◆ Christensen G.: *How ethical are esthetic dental procedures? JADA* 125: 1498-1502, 1994.
- ◆ *Correo de la UNESCO: Derechos Humanos. Una larga historia. París. Marzo de 1994.*
- ◆ Craft Y.: *The role of ethics committees. BJM* 310: 1457-1458, 1995.
- ◆ Cragno N.: *Comités intrahospitalarios de bioética. Ethica* 13: 27-32, 1994.
- ◆ Dolzani B.M., Barclay C.A., Castro J.M.: *Comités de ética para investigaciones biomédicas que involucran voluntarios humanos. Cedi quifa. Boletín N° 30. Buenos Aires.*
- ◆ Dummett C.O.: *The influences of bioethics and history on the future of prosthodontics. Int. J. Prosth.* 1: 241-244, 1988.
- ◆ Engelhardt H.I.: *Los fundamentos de la Bioética. Editorial Paidós. Barcelona. 1995.*
- ◆ Gafo Fernández, J.: *La sorpresa científica de la clonación. Razón y Fe* 235: 363-375, 1997.
- ◆ Gafo Fernández, J.: *10 palabras clave en Bioética. Editorial Verbo Divino. Navarra. 1993.*
- ◆ Galende, I.: *Una metodología ética en la investigación. Ethica* 3: 23-26, 1992.
- ◆ Gracia, D.: *Ética Médica. Tratado de Medicina Interna. Sección I. Principios de la Práctica Médica. Madrid. 1992*
- ◆ Hilú R.E.: *Inducción a la mala praxis. Rev. Asoc. Odont. Aarg.* 82: 146-147, 1994.
- ◆ *Instituto Borja de Bioética. Comités de Bioética: Necesidad, estructura y funcionamiento. Labor hospitalaria* 229: 1993.
- ◆ Lapurma, J.; Toulmin, S.E.: *Ethics Consultants Committees. Arch. Intern. Med.* 149: 1109-1112, 1989.
- ◆ Lavados, M.J. y col.: *Problemas contemporáneos en Bioética. Ediciones Universidad Católica de Chile. Santiago de Chile. 1990.*
- ◆ Lorda P.S.; Concheiro Cano, L.: *El consentimiento informado. Teoría y Práctica (I). Med. Clin. (Barc)* 100: 659-663, 1993.
- ◆ Lorda P.S.: *El consentimiento informado: teoría y práctica (II). Med. Clin. (Barc)* 101: 174-182, 1993.
- ◆ Luna F., Salles A.: *Decisiones de vida y muerte. Eutanasia, aborto y otros temas de ética médica. Editorial Sudamericana. Buenos Aires. 1995.*
- ◆ Lynch A.: *Publication of research: the ethical dimension. J. Dent. Res.* 73: 1778-1782, 1994.
- ◆ Mainetti, J.A.: *Bioética Fundamental. La crisis bioética. Editorial Quirón. La Plata. 1990.*
- ◆ Mainetti, J.A.: *Bioética Sistemática. Editorial Quirón. La Plata. 1991.a.*
- ◆ Mainetti, J.A.: *Visión Bioética de América Latina. Quirón* 22/3: 97-104. 1991.b.

- ◆ *Malherbe J.F.: Hacia una ética de la Medicina. Editorial San Pablo. Bogotá. 1993.*
- ◆ *Marín Gámez J.A.: Nuevos problemas sobre el derecho fundamental a la vida: reproducción asistida y derecho a la vida. Derecho a procrear y derecho a la vida. Anuario del Seminario Permanente sobre Derechos Humanos. 2: 289-323, 1995.*
- ◆ *Mateo R.M.: Bioética y derecho. Editorial Ariel S.A. Barcelona. 1987.*
- ◆ *Meerof, M.: Ética Médica, 2ª edición. Librería Akadia Editorial. Buenos Aires. 1993.*
- ◆ *Mejía Rivera O.: Ética y SIDA. Ed. San Pablo. Santa Fe de Bogotá. 1995.*
- ◆ *Monje F.: Persona humana y procreación artificial. Editorial Llabras S.A. Madrid. 1988.*
- ◆ *Navarro Wolf et al.: Protocolo para el manejo odontológico de pacientes relativo al aspecto de la infección HIV-SIDA. Documento del Taller organizado por el Ministerio de Salud, OMS/OPS, Hospital San Juan de Dios. Bogotá. 1990.*
- ◆ *Odom J.G.: Ethics and dental amalgam removal. JADA 122: 69-71, 1991.*
- ◆ *Ozar D.T.: Ethical issues in pediatric dentistry. Pediatric Dentistry 13: 374-376, 1991.*
- ◆ *Penchaszadeh V.P.: Nuevas tecnología en reproducción y en ingeniería genética. Salud reproductiva en las Américas. OPS/OMS. Washington. 1992.*
- ◆ *Polaino - Lorente A.: Manual de Bioética General. 3ª edición. Editorial RIALP S.A. Madrid. 1997.*
- ◆ *Sgreccia E.: Manual de Bioética. Editorial Diana. México. 1996.*
- ◆ *Sha R.M.: Toward developing a Code of Ethics. J. Dent. Res. 73: 1783-1787, 1994.*
- ◆ *Shuman S.K., Bebean M.J.: Ethical and legal issues in special patient care. Dent. Clin. of North American 38: 553-575, 1994.*
- ◆ *Siuti A.J.A.: El juramento hipocrático. Rev. Circulo Arg. Odont. 46: 40-44, 1984.*
- ◆ *Sociedad de Ética en Medicina: Ética y SIDA. AMA-FADIM. 1993.*
- ◆ *Susuki, D.; Knudtson, P.: Genética. Conflictos entre la ingeniería genética y los valores humanos. Editorial Tecnos. Madrid. 1991.*
- ◆ *Tealdi J.C., Mainetti J.A.: Los comités hospitalarios de Ética. Bioética. Temas y perspectivas. Publicación Científica N° 527. OPS/OMS. 1990.*
- ◆ *Thornton J.G., Lilford R.J.: Clinical Ethics committee. BMJ 311: 667-665, 1995.*
- ◆ *Unidad de Salud Oral (OMS): Responsabilidades éticas y profesionales de los odontólogos con respecto a los pacientes con HIV positivo y a los pacientes con SIDA. Estomatología Peruana: 5-6. Enero/Julio 1997.*