Globethics Repository



Comunicaciones del VI Congreso Nacional de Bioética de AEBI [Communications of the VI National Congress of Bioethics AEBI]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository. More information on Globethics see https://www.globethics.net. Data and content policy of Globethics Repository see https://repository.globethics.net/pages/policy.

Item Type	Article
Authors	Asociación Española de Bioética y Ética Médica
Publisher	Asociación Española de Bioética y Ética Médica
Rights	Creative Commons Copyright (CC 2.5)
Download date	2026-11-19 22:05:49
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/203601

COMUNICACIONES DEL VI CONGRESO NACIONAL DE BIOÉTICA DE AEBI. VALENCIA 15-17 DE NOVIEMBRE DE 2007

BIOÉTICA EN INTERNET: EXPERIENCIA DE INFOABEM.ORG, PORTAL VERTICAL DE BIOÉTICA

Joaquim Bosch Barrera (1), Josep Maria Argemí Ballbé (2), Mireia Andrés Villareal (3)

1 Departamento de Oncología Médica. Clínica Universitaria de Navarra. Universidad de Navarra (Pamplona, España), email: jbosch@unav.es.
2 Departamento de Medicina Interna, Campus Biomédico (Roma, Italia).
3 Departamento de Cardiología, Hospital Germans Trias i Pujol (Badalona, España)

Introducción

Hace cinco años se creó la Asociación Bioética de Estudiantes de Medicina (ABEM). Su principal objetivo es fomentar la bioética entre la comunidad universitaria. Además de organizar cursos de libre elección para universitarios sobre bioética en la Universidad de Barcelona, desde el inicio se consideró Internet como un vehículo de comunicación a explotar para llegar a las personas interesadas en esta temática. Exponemos a continuación nuestra experiencia en este proyecto virtual.

Objetivo

Fomentar el interés por la bioética facilitando el acceso a noticias y documentos que traten esta ciencia, así como dar a conocer las actividades y fines de ABEM.

Material y métodos

Lenguajes informáticos: HTML y PHP-MySQL.

Software utilizado: Dreamweaver MX (diseño páginas web), Fireworks MX (producción imágenes), Flash MX (elaboración imágenes animadas).

Servidor on-line contratado: www.iespanapro.es

Dominio electrónico: www.infoabem.org

Para los resultados se han utilizado las estadísticas generadas por el programa Advanced Web Statistics 6.5 del servidor de nuestro portal en el periodo de enero a junio de 2007.

Resultados

Impacto: Media de visitantes distintos por mes: 1653,3.

Visitantes por países: España 19,4%, México 7,7%, Venezuela 7,4%, EUA 6,7%, Perú 6,6%, Chile 4%, Argentina 4%, Colombia 2,7%, Ecuador 2,6%, Bolivia 2,3%, Otros/Desconocido 36,7%.

Temas más buscados (n=790): Relación médico paciente 24,4%, Inicio de la vida 16,7%, Células madre y clonación humana 11,8%, Ética e investigación 8,9%, Fundamentos ética 8,6%, Final de la vida 7,8%, Transplantes y enfermedades 7,1%, Ética y genética 5,4%, Ética y legislación 4,8%, Relaciones interprofesionales 1,4%, Otros 3%.

Discusión

El idioma del portal es el español, aunque se comentan noticias de otras páginas web escritos en inglés. Nuestro público es castellano parlante siendo la gran mayoría de nuestros visitantes provienen de países de habla hispánica. Los usuarios acuden a nuestro portal en busca de información. A pesar de dejar opción al diálogo mediante la existencia de foros de debate hay escasa participación.

El mantener el portal actualizado permite, mediante un buscador interno, establecer un archivo fácil de consultar desde cualquier lugar conectado a la red y permitir acceder a datos concretos fácilmente, siendo una fuente interesante para realizar trabajos.

Existe una parte más estática dedicada a la ABEM, permitiendo difundir las actividades y los programas de nuestra asociación y establecer una comunicación con nuestros visitantes. La mayoría de consultas son en busca de bibliografía para trabajos y no por dilemas éticos concretos. La sección de enlaces permite poder consultar portales dedicados a temas más concretos, así como dirigir a nuestros visitantes a fuentes alternativas para contrastar nuestra información.

Conclusiones

Existe un interés por la bioética entre el público de habla hispánica.

Internet permite mediante pocos recursos llegar a un elevado número de personas.

Los temas relacionados con los dilemas éticos de la relación-médico paciente, inicio de la vida y medicina regenerativa son los más buscados en nuestro portal.

FAMILIA, PROCREACIÓN Y VALOR DE LA VIDA

Javier Ros Codoñer
Codirector del master oficial en Ciencias del matrimonio y la familia
Universidad Católica de Valencia «San Vicente Mártir».
Instituto Pontificio Juan Pablo II

Actualmente nos hallamos en una sociedad que ha perdido la comprensión acertada de la diacronía. Se ha eliminado el concepto «tiempo» de la comprensión de lo social en todos sus ámbitos de tal manera que los fenómenos sociales quedan reducidos al contexto temporal de la instantaneidad. En este marco la familia, la procreación y el valor de la vida humana, en especial la naciente, están condicionados de una manera muy concreta por los flujos culturales y sociales de la postmodernidad.

En esta comunicación se proporciona un somero análisis del contexto actual del fenómeno de la procreación y el valor de la vida humana, especialmente del niño (primera parte) para, posteriormente, indicar el contexto de análisis e intervención social que facilite la revalorización de la vida humana naciente y del niño, mediante una sociología adecuada a la realidad social y de la persona (segunda parte).

Actualmente se plantea la relación con el hijo (ya nacido o tan solo el posible proyecto de que exista) como un freno a la realización personal de los padres. El niño deja de ser un fin en sí mismo e incluso empieza a dejar de ser una inversión humana más o menos accesible a la pareja y se convierte en objeto de la satisfacción individual, especialmente de la madre.

En nuestra sociedad la procreación es una relación social pero es como si la sociedad y la cultura lo negaran. La procreación se aborda como una decisión, como un imaginario simbólico, como un problema biológico, como un problema técnico de fecundidad pero pocas veces se hace como relación social plena entre sexos y generaciones. En este contexto desaparece lo social que hay en el hijo y en la sexualidad que lo genera. Se desconectan los elementos que crean el contexto originario de la vida y, por tanto, se destruye cualquier cualidad humana.

Para devolver a la vida humana naciente y al niño su inherente valor social y personal es necesario adoptar una perspectiva de estudio e intervención

social de carácter relacional. Introducir al niño en el mundo es el acto de poder más grande que puede poner en expresión una persona, pero aún siendo querido, tantas veces el niño es el gran ausente. Hay que redefinir la procreación desde el punto de vista del niño, el niño tiene derecho a una familia como identidad y como ambiente humano apropiado, y tiene derecho a una identidad biológica. La familia es la pieza clave en este proceso.

Para tomar en peso el verdadero valor del la vida humana en todas sus fases y momentos es imprescindible hacerlo desde la perspectiva de familia. Los individuos no nacen en el vacío, forman su identidad a través de las relaciones ya desde el seno materno (incluso antes de ser concebidos), relaciones que van más allá de los propios individuos. Las personas humanas solo pueden ser tales verdaderamente si viven sus relaciones de un modo concreto que llamamos humano. Una sociedad sin la acogida a la vida, una sociedad sin familias es una sociedad que pierde y olvida la donación como único camino de humanidad.

NECESIDAD DE ÁREAS DE DUELO EN UN HOSPITAL DE AGUDOS

Mª Josefa Salmerón Gascón
Enfermera asistencial en el Hospital Universitari Sant Joan de Reus. Profesora Asociada en la Escuela de Enfermería de la Universitad Rovira i Virgili. Tarragona.

En la atención al moribundo y con ello a la muerte, hemos pasado de una actitud pasiva de los miembros implicados, –enfermos, familia, profesionales de la salud, la propia sociedad– sin que ninguno de ellos pudiera contener el proceso «la muerte sencillamente ocurría», a una nueva situación muy diferente que se vive desde finales del siglo XX, donde se aprecia un cambio social decisivo entorno a la muerte, afectando de forma directa, tanto a la asistencia sanitaria, a la justicia como a la religión.

Este cambio deriva, de un potencial control sobre el proceso de morir que a través de la aplicación de los avances tecnológicos por parte de la medicina, puede llegar a modificar la trayectoria de la muerte.

Sin duda esta situación le concede a la medicina la capacidad de prolongar la vida biológica, además, los profesionales estamos educados y entrenados para favorecer la vida, las leyes garantizan el derecho a la vida y la religión insiste en la santidad de la vida humana.

Ante esta situación la sociedad elige y elige tomar el paradigma de la curación que ofrece la medicina. La tecnología es sobrevalorada, es parte de ese paradigma, lo que lleva a que la sociedad se posicione, rechazando la muerte.

La muerte que acontece en un hospital puede verse estratificada en tres niveles que requerirán de cuidados y estructuras específicas, pero también comunes, derivados de la causa que va a provocar la muerte.

En el ámbito hospitalario podemos diferenciar la muerte en tres categorías: la del paciente agudo, la del paciente semiagudo y la del paciente crónico y terminal. Este análisis nos hace plantearnos, tanto a los profesionales como a las instituciones, respuestas específicas a las necesidades que de ellas se derivan.

Ante la demanda social de asistir la muerte en los centros hospitalarios, estos

deben de emplear recursos humanaos y técnicos para cubrir tal necesidad. Se busca una solución integrada dónde poder instaurar cuidados paliativos eficaces, cubrir las necesidades sociales de la familia y disponer de personal asistencial plural.

Este personal deberá estar capacitado para dar soporte a las necesidades derivadas de los cuidados, del aspecto psicológico y emocional, así como, de las necesidades espirituales.

BIOÉTICA Y CONVERGENCIA. NUEVOS RETOS DOCENTES

M. L. Cantero González

Introdución

La asignatura de Bioética, como el resto de asignaturas de los futuros programas de grado, debe adaptar la metodología docente a los nuevos modelos propuestos por el E.E.E.S. En nuestro Centro, Bioética es una signatura optativa de 5,5 créditos (3 créditos teóricos, 2,5 prácticos) y se imparte desde el curso académico 1998/99, tras ser presentado el proyecto docente en Barcelona, en el Congreso Nacional de la AEBI. El horario es de cuatro horas semanales en turno de tarde a impartir en el segundo cuatrimestre. En el pasado curso académico, se inició el proyecto docente donde la implicación del alumno/a en su formación pasó a tener un protagonismo real.

Material y método

Para realizar el presente trabajo contamos con una media de 25 alumnos/as que se matriculan, por curso académico, en esta asignatura optativa. La metodología docente pasa de ser tradicional, donde el alumno escucha lecciones magistrales, recoge apuntes, visiona películas, hace trabajos y dice leer algún libro, pasando por un examen final, a ser protagonista de su propio aprendizaje, elaborando los temas según bibliografía recomendada, pudiendo así aplicar en casos prácticos los conocimientos adquiridos, apoyándose en el cine ya que se incrementó el número de películas del temario. Se desarrolla el curso por temas con exposición visual y división de trabajo por grupos de tres alumnos/as. En la siguiente clase exponen el ejercicio elaborado, se complementa con lección por la profesora y, si el tema lo requiere, se proyecta una película relacionada para terminar con un comentario por escrito sobre ella. La realización y exposición de los temas y la asistencia a las películas condiciona la evaluación final.

Resultados

La dinámica del aula ha experimentado una mejoría considerable ya que la total implicación en el temario y desarrollo de las clases por parte del alumnado ha aumentado la participación en ellas. In-

troducir el tema, dar bibliografía, elaborar y desarrollar los argumentos utilizando casos prácticos y películas motiva que los realmente interesados en la asignatura se involucren a fondo. También quedan patentes las faltas de interés, pero al docente le resulta mas factible conocer el grado de interés y conocimiento que el alumno/a tiene y adquiere sobre los temas propuestos, evaluando después mas objetivamente.

Discusión y conclusiones

Las nuevas titulaciones y los cambios propuestos por la Convergencia Europea no tienen vuelta atrás. Iniciar e iniciarse en la nueva metodología de enseñanza-aprendizaje es un objetivo prioritario, pero siempre resultará más asequible sí, como es el caso del trabajo presentado, el número de alumnos, las horas de clase y el sistema permiten que, los grupos sean reducidos y la disponibilidad de recursos materiales y audiovisuales sea total. Es importante reseñar que, sigue habiendo grupos de alumnos que se matriculan por verdadero interés en el temario y otros por salvar los créditos viendo cine sin profundizar realmente en la importancia que la Bioética pueda tener para su futuro profesional.

LA BIOÉTICA DE LOS SEMINARISTAS ESPAÑOLES
Una aproximación a los contenidos relacionados con la Bioética en la asignatura de Teología Moral de la Persona

F. J. González, M. Ruiz-Canela, A. Pardo
Seminario Metropolitano San Antón. Apartado de Correos 20.027. 06080 BADAJOZ. ferminjgm@hotmail.com, fgmelado@alumni.unav.es

Existe una relación estrecha entre la Teología Moral y la Bioética. El presente trabajo pretende conocer los contenidos relacionados con la Bioética que se imparten en la asignatura de Teología Moral de la Persona (TMP), a través de un estudio transversal realizado por encuesta escrita a los profesores de TMP que impartieron la asignatura en Facultades de Teología y Centros Superiores de Estudios Teológicos, durante el curso 2006-2007 en España. Entre los resultados obtenidos podemos constatar la importancia creciente de la Bioética Teológica dentro de la Teología Moral, algo que se pone de manifiesto en la división de la asignatura que hacen los centros, en el elevado porcentaje de la asignatura dedicado a contenidos específicamente bioéticos y en la utilización de manuales, bibliografía y revistas de orientación más médica y bioética que teológica.

NECESIDAD DE HUMANIZACIÓN DEL ORDEN TÉCNICO-CIENTÍFICO. APLICACIÓN DE LA FILOSOFÍA DE LA EFICACIA A LAS INVESTIGACIONES DEL DESARROLLO DE LOS PRIMEROS DÍAS DEL EMBRIÓN HUMANO

Luz Maria Guadalupe Pichardo García y Manuel Ocampo Ponce

Introducción

Vivimos una etapa profundamente crítica de transición y de notables cambios de pensamiento y modos de vivir al comienzo del presente milenio. Hay novedades de gran impacto en todos los ámbitos: cultural, ideológico, técnico, científico, económico, político, social, filosófico, espiritual, etc. No se terminan de identificar cuales podrían ser los rasgos característicos de nuestro siglo con certeza ante la pluralidad de ideas y de estilos de vida.

Además, nunca antes se habían tenido los medios de comunicación con los que contamos ahora para llegar a los actuales niveles de divulgación y extensión del conocimiento y de las diversas formas de pensamiento y de vida. Para bien o para mal, multitud de noticias llegan a todo ser humano en los lugares más remotos y escondidos del planeta y de esta manera influyen en la visión que tiene sobre su entorno próximo y lejano siendo capaz de enriquecerlo o empobrecerlo. Es una etapa de globalización que ha dividido al mundo: en favor o en contra de esta tendencia. Este crecimiento único en la historia y tal riqueza de diversidad ha llevado a muchos a pensar que lo acertado es una visión *plural* del mundo y del ser humano. Hay numerosas maneras de ver la vida y hay que convivir con esa multicultura. Hay que *tolerar* todas las formas que se consideren legítimas por el buen entender. Eso nos dicta «la moda» del intelectualismo de Harvard y Oxford. Además hemos de sobrevivir ese collage de formas legítimas, construyendo la verdad, que resulta ser ya también sumamente multicultural, o multifacética, por no decir enteramente subjetiva, y me repito de intento, una verdad plural. Esto

no es ninguna novedad. Se ha ido gestando en los últimos siglos a partir de los pensadores modernos. Es esta una etapa en la que el pensamiento que vige es el de *la globalización de pensamientos*.

Un aspecto igualmente relevante de este siglo es el boom biocibernético biológico y tecnológico: ingeniería genética, bebés de probeta, clonación a la carta, identidad cromosómica basada en los genes más aptos, células madre embrionarias que prometen curar la senilidad, biología creadora de vida sintética, carrera de chips y micro-chips, una serie infinita de micro-tecnología electrónica y cibernética, fruto de seguir el ritmo imparable del avance científico y técnico, de la investigación sin límites. Todo lo cual ha sido engendrado por el siglo precedente. Un siglo que al parecer ha sido rico en «ciencia». En ciencia netamente pragmática y un tanto lejana del humanismo. «Esta mentalidad cientificista –es decir la ciencia y la técnica como criterio absoluto de verdad al margen de los principios de la cultura[1]– se impone de manera generalizada en todo el mundo, sin preocuparse de hacer referencia al auténtico bien del hombre y a la verdad»[2].

Este es el panorama en el que ha crecido y se ha ido consolidando la bioética como ciencia. Este es su medio de cultivo, combinando el acelerado desarrollo de las ciencias biológicas y tecnologías bioquímicas, con una lenta conciencia de los alcances éticos de sus aplicaciones: médicas, sociales, económicas y políticas, más una lamentable y creciente deshumanización.

Han resultado en los últimos 30 años, una multitud de principios bioéticos elaborados por diversos grupos, que no necesariamente coinciden y que reclaman ser los creadores más atinados de los principios que deben volverse ley, principios rectores que exigen ser vinculantes y normativos, hasta llegar a un mercado de múltiples ofertas, de las cuales es difícil elegir la corriente que más embone con una armónica realidad, sin caer en la manipulación e instrumentalización de los intereses de algunos pocos. Socio-biologismo, liberalismo radical, utilitarismo, personalismo. Se han multiplicado las formas de fundamentar, entender y aplicar los principios bioéticos. ¿Tendremos entonces que aferrarnos también a una bioética plural, subjetivista, globalizada que dependa de las distintas situaciones, culturas, circunstancias, creencias, ideologías, etcétera? Lo mismo pasaría entonces con el estatus del embrión, la clonación y la ingeniería genética. Serían éticas si son construídas por una ciencia plural, fruto de consensos.

Pero el sentido común y la auténtica investigación nos llevan a percibir que toda ciencia ha de «construirse» a partir de bases firmes y objetivas: con base en la realidad. Y la bioética no es excepción. El presente trabajo es una búsqueda de principios rectores para la bioética como ciencia, basados en hechos científicos y en argumentos sólidos de pensamiento sobre el ser humano, la vida, la autonomía,

1 La cultura es consecuencia de que la ciencia busque la verdad y el bien del hombre.

2 Ocampo, Manuel. *Filosofía de la Cultura*. EDICEP Valencia, España 2005 Capítulo II.

las ciencias biomédicas, la tecnología, que nos conduzcan a dar cuenta de las aplicaciones de la ciencia y lo que traen consigo en la realidad que conocemos, no en la que suponemos o construímos. No podemos improvisar lo que está teniendo ya consecuencias graves en la práctica, considerando como dice la Dra. García Alonso, que «*cualquier acción práctica* exige, en última instancia**,** poder apoyarse *en conocimientos teóricos verdaderos, profundos e inscritos en la totalidad del ser*»[3].

Dentro de este panorama nos preguntamos cuál puede ser el faro orientador de la ciencia bioética que pueda hacer sobrevivir una auténtica cultura y un sentido verdadero de la existencia humana en las aguas revueltas del libre mercado y el llamado progreso sin sentido.

La propuesta que hacemos puede parecer muy conocida y ya superada, pero es la que mejor da solidez y consistencia a un ámbito que lo requiere. Hay que retomar la filosofía realista.

Y para el tema de la bioética, dirigirla al aspecto de ***la eficacia*** de las tecnologías y aplicaciones científicas en el terreno del embrión precoz, del más remoto inicio de la vida humana. Esto lo hacemos a través ***de la filosofía de la eficacia***, aplicando el rigor de lo especulativo a un terreno que está volviéndose entera y peligrosamente práctico.

Metodología

La filosofía de la eficacia o filosofía del hacer es un terreno también joven como la bioética e inédito[4], apenas explorado, aunque ya lo menciona Aristóteles en su Ética Nicomaquea, donde establece una distinción en el orden de la filosofía práctica entre *poiesis,* relativo al arte o la técnica; y *praxis*, referido a la prudencia. Se trata de una filosofía «especulativamente práctica». No de una aplicación de lo especulativo a lo práctico, sino una filosofía con principios propios cuyo fin es dirigir el orden práctico. La filosofía del hacer proporciona las bases teóricas para regir el hacer humano con independencia del ámbito ético. No deja de ser un saber especulativo, pero referido a ordenar el campo práctico del orden artístico, científico y técnico, y orientarlos al perfeccionamiento de la naturaleza. Es la base de la acción auténticamente humana. Nuestro trabajo consistió en aplicarlo al ámbito del embrión precoz y de las tecnologías que lo manejan: fecundación in vitro, inseminación artificial, clonación, células madre, para determinar su grado de coherencia científica.

La contribución de esta metodología está en esclarecer la causalidad del ámbito de la acción humana técnica, tecnológica y artística, *lo operable*, que debe dirigirse finalmente al bien de la humanidad, ordenándose al bienestar temporal del hombre, en función de la verdad y de la

3 García Alonso, Luz. *Filosofía de la Eficacia*. 1ª. ed. Editorial JUS, S.A. México, 1978 p. 110.

4 Fue desarrollada por la Dra. Luz García Alonso y publicada por primera vez en 1978.

eficiencia. Es una esperanza de humanizar todo el ámbito técnico-científico.

Discusión y conclusiones

La acción humana en la poiesis se direcciona al perfeccionamiento de la naturaleza, que es su finalidad natural. La filosofía especulativa le da las pautas para guiar toda ciencia, técnica y actividad artística al servicio del hombre.

Por el análisis anterior, es evidente que las técnicas de manipulación embrionaria alteran las condiciones naturales de los procesos, sin respetar la *coherencia* de las leyes físicas, ni la acción de todos los parámetros bioquímicos y biológicos involucrados. Esto debido a la falta de información sobre los procesos, cuya alteración trae consigo consecuencias sólo parcialmente conocidas, como son: la disminución de la viabilidad del cigoto, el aumento de la frecuencia de los embarazos múltiples, de los abortos espontáneos, el aumento de la frecuencia de malformaciones en los embriones, el problema del destino de los embriones sobrantes, no viables, etcétera.

Además de lo anterior, hay una carencia de habilidad técnico-científica considerable. Falta mucha base bioquímica y biológica de soporte, que aumente las probabilidades de éxito, la cual no se tiene en la realidad actual.

Después de considerar el aspecto biológico, es decir, el hecho médico, está la referencia a la dimensión personal. Incluida la discusión en la determinación del estatus del cigoto y del embrión precoz –desde la concepción hasta la implantación–. Los datos que aporta la antropología para completar el enfoque meramente biológico y médico para hacer referencia a la totalidad de la realidad, nos dicen que hay un proyecto que dirige al viviente y que está más allá de su biología. No hay viviente humano completo sino a partir de la fecundación, que ya se tiene un cigoto con la información completa: genética y epigenética, un sustrato para la parte personal o espiritual, que constituye el programa directivo de la vida. Llamado también principio vital, y sin el cual, no hay viviente. Esto nos conduce a la necesidad de volver a valorar el deshecho de embriones sobrantes. Si somos fieles a los principios axiomáticos de la ciencia, producirlos y desecharlos es gravemente ineficiente y por lo tanto, totalmente ineficaz. No justifica el esfuerzo, por el precario resultado y el alto costo. La filosofía de la eficacia nos disecciona el proceso productivo y lo refiere a su auténtico sentido dentro del hacer del hombre dirigido al bien auténtico del ser humano.

VISIBILIDAD DE LA REVISTA CUADERNOS DE BIOÉTICA

Ana Aranda García, Luis Miguel Pastor García[1]
Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer. Murcia.
[1]Departamento de Biología Celular e Histología. Facultad de Medicina. Universidad de Murcia

Introducción

La calidad de los contenidos de una revista científica mejorará si aumenta su difusión y por tanto el número de profesionales a los que llega la información con la consiguiente crítica de los mismos. Para ello, se cuenta con incrementar las suscripciones, en el formato tradicional en papel. No obstante, en la actualidad se utiliza Internet como una importante herramienta adicional de difusión, que permite, a su vez, unos contenidos más dinámicos y una renovación más eficaz de los mismos. Así la mayoría de las revistas científicas trasladan sus contenidos a un formato electrónico en una página web propia, o, como en el caso de Cuadernos de Bioética, como una parte fundamental de la página de la Asociación Española de Bioética y Ética Médica (AEBI), sociedad científica de la que depende. Este formato permite, a su vez la inclusión de los contenidos de la revista en bibliotecas virtuales y portales de revistas electrónicas aumentando, por tanto, la difusión de las mismas, tan importante especialmente en revistas cuyo idioma no es el inglés. El objetivo, por tanto, es conocer la visibilidad de la revista Cuadernos de Bioética a través de los análisis de las visitas a la página web de AEBI, y de la aparición en portales y bibliotecas electrónicos.

Material y método

Se analizaron los últimos cuatro años de vida de la página web de AEBI y de la revista Cuadernos de Bioética en Internet. Siendo desde septiembre de 2003 desde que se tienen datos de visitas a la página. En abril de 2006 se modificó sustancialmente el formato de la página web, aunque el inicio de la inclusión de los artículos de Cuadernos de Bioética en formato pdf comienza en noviembre de 2004, lo que permite una difusión de mayor calidad y homogeneidad.

Los aspectos analizados fueron los siguientes: Una 'Sesión' es definida por

nuestro servidor como una serie de clics en su sitio por parte de un visitante individual durante un lapso especificado de tiempo. Una descarga se determina según la extensión del archivo. En general, las descargas incluyen archivos, ejecutables, PDF y otros documentos que no sean imágenes o HTML. La primera página visualizada es aquella por la que los internautas acceden al sitio web.

Para el análisis de la aparición en bibliotecas se utilizaron los datos recogidos por el Instituto de Salud Carlos III y para la inclusión en portales electrónicos de revistas científicas a través de la búsqueda en Internet.

Resultados

Se observa un importante incremento en el número de visitas a la página web de AEBI, lugar donde se encuentra alojada la revista Cuadernos de Bioética en formato electrónico, desde el inicio del registro, siendo los dos últimos años los que recibieron mayor número de visitas. Se inicia el registro en septiembre de 2003 siendo 52473 las visitas que se realizan a lo largo del primer año pasando a ser en este último año, de septiembre de 2006 a agosto de 2007, de 133739 lo que supone un aumento de un 250%. En el caso de la evolución a lo largo del año, es bastante similar a lo largo de los cuatro años estudiados, recogiéndose el mayor número de visitas de marzo a mayo y observándose una disminución de visitas en la época correspondiente a Navidad y el mes de Julio.

De un total de 185.014 descargas de archivos desde la página web de Cuadernos de Bioética registradas en los últimos 3 años, el 53% se ha realizado en el último año con un total de 98.980 descargas. El mayor número de descargas tanto de este periodo y como global fue para el artículo de R. G. Zurriaráin, 'El concepto de vida «prepersonal», en el futuro de la naturaleza humana, de J. Habermas' del año 2005 y el segundo número de descargas en el último año fue para J. Martínez con el artículo 'Historia Clínica' de 2006.

De un total de 312.706 páginas de entrada en la página web de AEBI registradas en los últimos 4 años, 118.168 suponen las 10 más visitadas y de ellas 6 son de contenidos de la revista Cuadernos de Bioética con un total de 32000 visitas, teniendo cuenta que la principal puerta de entrada es la página principal de AEBI, con un total de 49277 primeras páginas visualizadas.

Cuadernos de Bioética aparece en numerosos portales de difusión científica como Latindex, Compludoc, Fisterra, Cuiden, Dialnet, Revicien, Dice, Resh.

Hay 72 bibliotecas españolas que reciben en la actualidad Cuadernos de Bioética en formato papel y otras 20 cuentan entre sus fondos con la revista, aunque no hasta la actualidad, según información del Instituto de Salud Carlos III. Todas aquellas bibliotecas que disponen de una herramienta de búsqueda electrónica y cuentan entre sus fondos con nuestra revista, también favorecen la difusión de la misma, de una forma más amplia.

Conclusiones

Internet se presenta como una importante herramienta de difusión de prensa científica de fácil acceso, que incrementa la visibilidad de la misma, especialmente importante en revistas de habla no inglesa.

Se observa un aumento del interés en nuestra revista, materializado en el aumento de descargas de artículos a través de su versión electrónica, posiblemente porque el aval de una sociedad científica y la revisión previa a su publicación garantiza la calidad de los textos.

La necesidad de cumplir ciertos criterios para la aparición en bases de datos de revistas electrónicas favorece el aumento de la calidad de la revista.

ÉTICA, DEONTOLOGÍA Y LEGALIDAD DE LA PRÁCTICA MÉDICA EN PRISIÓN

Julio García Guerrero
Centro Penitenciario de Castellón.
Crtra de Alcora km 10. 12006 Castellón. e-mail: garciaj@comcas.es

Introducción

Los problemas éticos que puede generar la práctica médica general adquieren importancia en España desde, al menos, la promulgación de la Ley General de Sanidad en 1986. Las personas privadas de libertad, por su peculiar situación, pueden ver como, derechos que les son indiscutibles cuando gozan de libertad, no les son aplicados estando en prisión por su especial situación jurídica. Ello puede dar origen a conflictos éticos, deontológicos e incluso legales, tanto para los profesionales sanitarios que ejercen su trabajo en este medio, como para la Administración Penitenciaria. Conflictos, por otra parte, que están poco estudiados en los foros de discusión bioética habituales, al ser ésta una población pequeña y aislada.

Material y método

Se identifican y discuten las principales situaciones que pueden dar lugar a conflictos de esta índole en un medio peculiar como es la prisión. El método ha consistido en comparar en cada una de esas situaciones los postulados bioéticos, la norma deontológica médica y lo exigible con la norma jurídica y la jurisprudencia en la mano.

Resultados

Hay unos grandes campos en los que los principios éticos y deontológicos se pueden ver conculcados en el ejercicio de la Medicina en prisión: la negativa de un paciente preso a recibir tratamiento en íntima conexión con el consentimiento informado, el manejo de la huelga de hambre, el tratamiento de los enfermos psiquiátricos en prisión, el mantenimiento del secreto médico, la actuación del médico como perito en causas judiciales y las actividades médicas con implicaciones regimentales, como los informes previos cumplimiento de la sanción de aislamiento y otros similares.

Discusión

En las seis situaciones estudiadas se detectan conflictos entre los tres planos de discusión. En referencia a los dos primeros asuntos, no parece razonable ética ni deontológicamente y es muy discutible desde un punto de vista legal, el que se pueda privar a personas competentes y capaces, de ejercer el derecho a su autonomía personal, de decidir su propio proyecto de vida. Sin embargo la práctica va en sentido totalmente contrario. Ello es así porque la Administración Penitenciaria y la jurisprudencia interpretan el mandato del artículo 3.4 de la Ley Orgánica General Penitenciaria, como una obligación positiva de impedir a toda costa la muerte de una persona en prisión, y no en el sentido de estar obligada a arbitrar los medios necesarios y suficientes como para que la estancia en prisión no se convierta en un riesgo añadido para la vida de nadie. Los pacientes psiquiátricos tienen limitadas su competencia y capacidad para tomar decisiones por sí mismos y en prisión hay serios problemas para evaluar estas capacidades y establecer hasta qué nivel de decisión es capaz un paciente; ello conduce con mucha frecuencia a diferencias entre la Administración y los profesionales a la hora de adoptar formas de actuación ante estos enfermos. Respecto al secreto médico hay que decir que, aunque está legalmente tan protegido o más que para cualquier ciudadano libre, en la práctica es una entelequia en prisión, debido a la multiplicidad de órganos, tanto colegiados como unipersonales, a los que los médicos deben informar reglamentariamente para el adecuado tratamiento penitenciario de los pacientes. Se da un evidente conflicto ético y deontológico derivado de la doble fidelidad a que, en estas circunstancias, está obligado el profesional: a sus pacientes y a la Administración que le emplea y paga. Tanto ética como deontológicamente hay una incompatibilidad clara entre la asistencia médica directa y la intervención como perito en causas judiciales contra el mismo paciente; sin embargo, es frecuente que los médicos de prisiones sean citados como peritos en causas que afectan a sus pacientes o que informes que ellos emiten por otros motivos, sean utilizados al final como pericias. Por último, el médico es obligado a implicarse en situaciones que implican regresión en las condiciones de vida de sus pacientes, y por tanto, empeoramiento de la calidad de vida y posibilidad mayor de enfermar, ya que debe certificar *«el buen estado psicofísico»* de sus pacientes antes de que estas regresiones se produzcan.

Conclusiones

La asistencia médica a las personas privadas de libertad tiene algunas particularidades que la hacen diferente de la que se presta a los ciudadanos libres. Estas nacen de la especial situación jurídica de los pacientes presos, en la que hay una tutela de sus derechos por parte de la Administración Penitenciaria. La consecuencia práctica de esta tutela de derechos es que, con alguna frecuencia, los médicos de prisiones pueden verse obligados a transgredir postulados éticos y normas deontológicas.

LEY 14/2007 DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA: EL DESENLACE DE LA DESPROTECCIÓN JURÍDICA EN EL INICIO DE LA VIDA HUMANA

Roberto Germán Zurriaráin
Departamento de Ciencias de la Educación de la Universidad de La Rioja. Dirección postal: c/Magisterio 2, 1º derecha. 26004. Logroño. Teléfono: 941299797/630582622. e-mail: roberto.german@unirioja.es

Introducción

La Ley española 14/2007, de 3 de julio, de *Investigación Biomédica* se construye, como aparece en el preámbulo: «sobre los principios de la integridad de las personas y la protección de la dignidad e identidad del ser humano en cualquier investigación biomédica que implique intervenciones sobre seres humanos». Así también, en el artículo primero, acerca del objeto y ámbito de aplicación de la ley, se afirma: «Esta Ley tiene por objeto regular, con pleno respeto a la dignidad e identidad humanas y a los derechos inherentes a la persona, la investigación biomédica». Sin embargo, al mismo tiempo, se detecta cierta desprotección jurídica correspondiente a la investigación biomédica con embriones humanos en sus primeros días de vida. El trabajo aborda esta cuestión que afecta de manera tan directa a la identidad humana.

Método

Este trabajo analiza, desde una perspectiva ética-jurídica, los artículos de la Ley 14/2007 de Investigación Biomédica relacionados con la investigación, el uso y la donación de embriones humanos.

Resultados

La Ley 14/2007:

1. Define erróneamente los conceptos de «preembrión» y de «embrión» (*arts*. 3; 32.2; 34.2e).
2. Ratifica el uso de embriones no viables, así como los embriones o fetos humanos muertos con fines de investigación y experimentación (*art*. 28.1).
3. Autoriza el uso de los fetos vivos expulsados prematura y espontáneamente que no sean viables (*art*. 28.3).
4. Refrenda la investigación con preembriones (*art*. 30; *art*. 32).

5. Ratifica el uso de fetos eliminados como consecuencia de abortos provocados para fines experimentales (*art*. 29. 3c; *arts*. 31.1a; 31.1b).

6. Permite la activación de ovocitos mediante transferencia nuclear (*art*. 33.2).

7. Refrenda el uso con fines de investigación y experimentación de embriones supernumerarios de fecundación *in vitro* (*arts*. 34).

Discusión

1. Los conceptos «preembrión» y «embrión» definidos en la Ley (*art*. 3).

2. La equiparación del valor biológico y ontológico de ovocitos y preembriones (*arts*. 32; 34.1; 34.2e; 36; 41).

3. El debate en torno a la legalización de la clonación terapéutica y experimental.

4. Desde el punto de vista técnico-científico, existen alternativas en terapia celular y medicina regenerativa al uso de células madre embrionarias y que no entrañan discusión ética alguna. Sin embargo, la Ley subraya la obtención de dichas células madre a pesar de las dificultades éticas que implican. Además es sorprendente que la Ley sostenga que la investigación con células madre embrionarias se ha hecho imprescindible en el ámbito de la terapia celular y la medicina regenerativa cuando no se tiene noticia de aplicación terapéutica con este tipo de células madre. En contradicción con el artículo 14.1, la Ley omite cualquier alusión al uso de células madre adultas como alternativa biomédica a las células madre embrionarias en terapia celular y medicina regenerativa.

5. La Ley no promueve investigaciones biomédicas con fines de diagnóstico o terapéuticos que favorezcan el desarrollo y autonomía vital de embriones humanos que han perdido su capacidad de desarrollo biológico o de fetos expulsados prematura y espontáneamente.

Conclusiones

1. Los conceptos «preembrión» y «embrión» definidos por la Ley carecen de fundamento científico y biomédico. La Ley efectúa una reducción biológica y ontológica de dichos conceptos con los que, en la práctica, hace más fácil su destrucción y uso sin ninguna responsabilidad ética.

2. La Ley 14/2007 abre la puerta a la destrucción y uso de embriones menores de catorce días contrarios a la dignidad e identidad humanas que la Ley dice pretender proteger.

3. La libertad y la responsabilidad en la investigación biomédica exigen que el ser humano sea tratado siempre como fin en sí mismo no como simple medio.

4. La técnica de obtención de células embrionarias, como fuente para la curación de enfermedades, supone la muerte de embriones humanos (en contradicción con el artículo 14.2). Tal investigación, por tanto, no puede arrogarse una pretensión ética, pues no se persigue un fin terapéutico o de diagnóstico para el embrión en cuestión, sino que corre en detrimento suyo.

5. La Ley, al permitir cualquier técnica para la obtención de las células madre embrionarias, da carta legal a la investigación y experimentación con embriones humanos.

Por tanto, la dignidad e identidad humanas pretendidamente defendidas en la Ley son negadas en su articulado en lo relacionado con la vida de un ser humano de menos de catorce días de existencia. Se justifica así la intervención no terapéutica con esos embriones humanos y, por el contrario, se permite todo tipo de técnicas para la obtención de células madre embrionarias.

En definitiva, la Ley de Investigación Biomédica es exponente de un proceso creciente de desprotección de la vida humana incipiente, o dicho de otro modo, de un proceso de «cosificación» del embrión humano.

SOCIEDADES CIENTÍFICAS MÉDICAS ESPAÑOLAS Y DIRECTRICES ÉTICAS

Antonio González Sánchez*, Juan Martínez Hernández*, Rafael Luquín Martínez, Salvadora Sáez Miravete*, Flora Vera Escolar*, Ángela Díaz Pastor*.**
**: Hospital «Santa María del Rosell». **: Atención Primaria. Cartagena.*

Introducción

Entre los fines de las sociedades científicas está contribuir a la formación profesional de sus miembros. Creemos que la ética tiene un importante papel en la formación integral de los profesionales de la medicina.

Objetivo

Conocer las sociedades científicas médicas que disponen de directrices éticas generales.

Material y método

Se ha revisado la página web de noventa y una sociedades científicas médicas españolas para confirmar si disponen de códigos éticos/directrices éticas generales para sus asociados.

Resultados

Sólo cuatro sociedades científicas médicas tienen directrices éticas generales: Medicina Intensiva (a), Cardiología (b), Medicina Familiar y Comunitaria (c) y Oncología Radioterápica (d). Once de las restantes sociedades científicas solo disponen de directrices sobre temas éticos concretos.

Los temas principalmente tratados en estas directrices éticas generales son: autonomía del paciente (a), (b); capacitación y competencia profesional (a), (c), ensayos clínicos (b), (d); confidencialidad (a), (b), (c); conflicto de intereses (a), (b); consentimiento informado (b), (c); gestión de recursos (a), (b), (d); objeción de conciencia (b); el trabajo en equipo (a), (b), (d); «no abandono» (d); promocionar la formación en bioética entre sus profesionales (a), (c); relación con la industria farmacéutica (b), (c).

Conclusiones

1) son escasas las sociedades científicas médicas españolas que han publicado documentos de carácter general sobre ética en la práctica clínica que sirvan de guía a sus asociados, 2) creemos que la

generalización de este tipo de directrices por parte de las sociedades médicas, y su puesta en practica, contribuiría a mejorar la relación médico-paciente y por tanto la calidad asistencial.

CÉLULAS MADRE EN MEDICINA REGENERATIVA. REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LOS ENSAYOS CLÍNICOS RECOGIDOS EN MEDLINE

Joaquim Bosch Barrera (1), Albert Balaguer Santamaría (2)
(1) Departamento de Oncología Médica. Clínica Universitaria de Navarra. Universidad de Navarra. Miembro de ACEB (Asociación Catalana de Estudios Bioéticos). Email: jbosch@unav.es
(2) Centre d'Estudis de Bioètica. Universitat Internacional de Catalunya.

Introducción

La utilización de Células Madre o Troncales (CT) en medicina regenerativa está suponiendo un esperanzador cambio no exento de un intenso debate bioético.

Objetivo

Revisión de Medline (Pubmed) sobre el uso de CT con fines terapéuticos en enfermedades no malignas mediante ensayos clínicos (EC) con seres humanos.

Material y métodos

Periodo de revisión: artículos publicados entre el 01/01/2000 al 31/12/2006.

Términos MeSH utilizados: «stem cell», «stem cells», «cord blood» y «cancer».

Límites aplicados: «Human» y «Clinical Trials».

Para los estudios estadísticos descriptivos se ha utilizado el paquete estadístico G-Stat.

Criterios inclusión: 1) EC humanos, 2) Utilización de CT con fines terapéuticos.

Criterios de exclusión: (n=602 artículos excluidos): Enfermedad maligna (2,86%), no finalidad terapéutica (19,16%), complicaciones transplante CT (36,78%), métodos obtención CT (11,89%), protocolos de transplante de CT (9,03%), insuficiente información (1,76%), no uso de CT (18,50%).

Resultados

Se obtuvieron 792 artículos. Se descartaron 602 artículos que no cumplían criterios de inclusión. Se analizaron 190 artículos.

Tipos de célula madre

Hematopoietic Stem Cells (7,31%), Peripheral Blood-derived stem cells (PBSCs) (47,95), Bone Marrow Stem Cells (BMSC) (24,66%), Umbilical Cord blood Stem cells (UCB) (6,85%), Muscle stem cells (MSC) (4,57%), Neuron stem cells (NSC) (1,83%), Lipoaspirate-derived cells (0,46%), Limbal stem cells (1,37%), Allogeneic cultured dermal substitute (3,65%), Pluripotent epithelial stem cells (0,91%), Embryonic Stem Cells (0,46%).

Nacionalidad del equipo líder de la investigación

EUA (22,11%), Alemania (17,37%), Italia (7,89%), Japón y China (6,32%), España (4,21%), Holanda (3,29%), Francia e Inglaterra (3,16%).

Enfermedades por especialidad

Cardiología (38,22%), Neurología (15,71%), Hematología (14,14%), Inmunología (8,90%), Metabolopatías (7,33%), Reumatología (3,66%), Dermatología (3,66%), Oftalmología (2,09%), Digestivo (1,57%), Urología (1,05%), Hepatología (1.05%), Ortopedia, infecciosas y Odontología (0,52%).

Conclusiones

Los países con mayor investigación en este campo son Estados Unidos, Alemania e Italia. El papel de España no es despreciable, ocupando el sexto lugar. La mayoría de las investigaciones están diseñadas para tratamiento de pacientes adultos, aunque casi un 20% de los estudios incluyen niños (en su mayor parte a causa de enfermedades hereditarias y congénitas). El tipo de CT más utilizado es de estirpe hematopoiética, ya sea de sangre periférica o de médula ósea. No es desdeñable el número de investigaciones que van apareciendo con CT de cordón umbilical. Las especialidades con más investigación son Cardiología (siendo la regeneración cardiaca el campo con más actividad), Neurología y Hematología.

A medida que se vayan realizando ECs, deberá plantearse realizar metaanálisis de los resultados obtenidos para esclarecer su utilidad. Así mismo, se comprueba que CT embrionarias todavía no han sido probadas en humanos (tan sólo 1 EC cuestionable frente a 189 con células madre adultas), y por tanto, siguen sin haber demostrado de momento su mesiánico papel propugnado por los medios de comunicación y algunos grupos.

VALORACIÓN ÉTICA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL TERMINAL

Sarrias X.
(CEA Hospital de Bellvitge), Viladominu I (ACEB).

Introducción

El momento de inclusión, en diálisis y/o trasplante renal (D/T), a un enfermo afecto de insuficiencia renal se produce cuando su aclaramiento de creatinina es alrededor de 15 ml/min, ya que a partir de este momento el deterioro del estado general es exponencial.

Los criterios de inclusión D/T de la causa de la enfermedad renal dependen de otras patologías y de las condiciones particulares del paciente (edad, entorno familiar). En ocasiones especiales no está indicado iniciar D/T y, actualmente, el médico nefrólogo del paciente, inicia un tratamiento conservador, con un seguimiento periódico.

El tratamiento conservador es aquél que, aplicado preventivamente intenta preservar al máximo la función residual renal. En ocasiones dicho tratamiento acaba condicionando conflictos en la calidad de vida del paciente, con lo que se ve que no es la única ni la mejor alternativa al tratamiento sustitutivo.

Material y métodos

Se trata de pacientes en situación de enfermedad terminal con criterios de aplicación de D/T, de edad muy avanzada y/o con enfermedades concomitantes (neoplasias evolucionadas, demencia, diabetes severa, etc), que hacen no recomendable su inclusión.

Métodos: creación de unidades de cuidados paliativos renales (CPR), como alternativa a un tratamiento conservador, el cual tiene una capacidad muy limitada de atención y no puede resolver de forma adecuada los procesos intercurrentes que van apareciendo.

Resultados

Los esperados en las unidades de cuidados paliativos oncológicos, de los cuales conocemos sus resultados en la fase final de la enfermedad. Esperamos mucho de los cuidados paliativos renales(CPR).

Discusión

La D/T, en principio, es un tratamiento proporcionado para la insuficiencia renal terminal. Ahora bien, puede convertirse en desproporcionado por las propias condiciones físicas y psíquicas del enfermo, sobre todo, añoso. En estas circunstancias puede no ser adecuado proponer un tratamiento sustitutivo renal y sí, en cambio, hacer un control conservador global hasta el final, cuidando hasta los mínimos detalles. Actualmente, solo las unidades de cuidados paliativos pueden satisfacer esta demanda. Los médicos de familia derivan generalmente el paciente al Hospital.

Los CPR supervisan los medicamentos de administración hospitalaria, reevalúan periódicamente al paciente en su domicilio, mejoran los síntomas que se van produciendo (prurito, náuseas, astenia, etc), coordinan las visitas del paciente en el hospital, etc

Conclusiones

En estas situaciones es necesario hacer un análisis ético. No todo lo que técnicamente se puede hacer, se debe hacer. El respeto a la vida, a la muerte y a la dignidad de todos los seres humanos exige un planteamiento certero de las razones para limitar el esfuerzo terapéutico. Los CPR pueden asumir este reto.

INCIDENCIA DEL ABORTO EN INMIGRANTES: UN ESTUDIO PRELIMINAR

Francisco Carrillo Navarro, María Isabel Fernández López, Mariano Leal Hernández, Mª Luisa Lozano Sánchez, Israel Carrillo Cañaveras, Efraím Carrillo Cañaveras, *Luis Miguel Pastor García

Centro de Salud Murcia-San Andrés.

**Departamento Biología Celular e Histología. Universidad de Murcia.*

Introducción

Desde el año 1985 en que se aprobó en España la ley de despenalización del aborto en tres supuestos concretos, la tasa de abortos ha ido progresivamente en aumento, en 1996 era de 5,69/mil habiéndose realizado 51.002 abortos y en la publicación del Ministerio de Sanidad correspondiente al año 2005 era de 9,6/mil, realizándose un total de 91.664 abortos.

En la región de Murcia en la última década hemos pasado del 4,33/mil al 11,7/mil, siendo una de las más altas de España. Hace un año con ocasión de la publicación por el Ministerio de Sanidad del informe de interrupciones voluntarias del embarazo del año 2004, según datos obtenidos de informes elaborados por clínicas abortistas, la entonces ministra de Sanidad Dª Elena Salgado destacaba la alta tasa en población inmigrante aproximadamente de un 30/mil, frente a un 6/mil en la población española, datos que a su juicio reforzaría la hipótesis de la mayor dificultad relativa de las mujeres inmigrantes para acceder a servicios de salud sexual y a métodos anticonceptivos adecuados.

En esta comunicación realizamos un estudio preliminar para conocer la situación respecto al aborto de la población inmigrante en nuestro centro de salud, proponiéndonos los siguientes objetivos:

1º: Conocer la prevalencia de abortos en la población inmigrante de un centro de salud de la región de Murcia.

2º Conocer la actitud personal ante el aborto de dicha población.

3º Analizar las características socioeconómicas y religiosas de dicha población y valorar su posible relación con el aborto

Material y método

El estudio es descriptivo transversal y ha sido realizado en el centro de atención primaria «Centro de Salud Urbano Docente Murcia-San Andrés».

La población de mujeres estudiadas son inmigrantes comprendidas entre 15-50 años pertenecientes a 2 cupos de Medicina de Familia, que van a la consulta por cualquier motivo, y mujeres que acuden con niños a un cupo de pediatría. Las mujeres se distribuyeron en varios rangos de edad.

Tras la petición de consentimiento se realizo una entrevista clínica (128 en total) con una encuesta con 14 items, ampliada a 23 en el caso de existir abortos voluntarios. Se excluyeron del estudio mujeres con escaso dominio del idioma o negativa a participar en el estudio. El estudio preliminar tuvo una duración de dos meses, que se ampliará hasta seis meses.

Resultados

De las 128 encuestas realizadas se encontró la presencia de abortos voluntarios en 24 (18.7 %). Es de destacar que 8 de las mismas (33.3%) mostraban dos abortos.

El rango de edad que mostró más abortos fue el de 26-30 años en términos absolutos y relativos. En cuanto la procedencia la mayor parte de los abortos se produjeron en mujeres de América Latina aunque en términos relativos fuera Marruecos. La causa del aborto más aducida fue presión por parte de su pareja o familia. Un 31.2% tomo la decisión de abortar sola y un 53 % de las mujeres seguía un método anticonceptivo llegando a un 90.62% las mujeres que afirmaron que tenían acceso a estos métodos. Es de destacar también que a un 68.7% no les informaron de alternativas al aborto y que un 68.7% no volvería a abortar.

Conclusiones

La muestra nos parece todavía pequeña para alcanzar significación estadística, no obstante pensamos que la desagregación familiar, la inestabilidad social y la presión familiar por razones culturales son las razones fundamentales del aborto, mas que la dificultad en el acceso a servicios de anticoncepción. La prevención pensamos que tendría que venir de una política de inmigración que favoreciera la estabilidad social de estas mujeres y en general una red de apoyo para la mujer embarazada tanto inmigrante como no inmigrante.

ASPECTOS ÉTICOS EN LA EVOLUCIÓN DE PACIENTES INGRESADOS EN CUIDADOS INTENSIVOS

Juan Martínez Hernández, Flora Vera Escolar, Salvadora Sáez Miravete, Ángela Díaz Pastor, Antonio González Sánchez, Antonio Melgarejo Moreno
Hospital Santa María del Rosell. Cartagena

Introducción

El ingreso de un paciente en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) responde a la máxima de situación crítica potencialmente recuperable. La evolución de ese paciente, a veces larga, implica compartir y tomar decisiones con él y/o con su familia, en esas decisiones se refleja el carácter bioético de la Medicina.

Objetivos

Pretendemos analizar aspectos y decisiones éticas que pueden presentarse a lo largo de la evolución de pacientes ingresados en una UCI y que quedan reflejados en el informe de alta del Paciente.

Material y método

Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo sobre los informes de alta de los pacientes ingresados en una UCI general en los que queda reflejado algún aspecto o decisión ética. Se establece como periodo de estudio 1-julio-2006 a 30-junio-2007 y como criterio de inclusión: paciente ingresado en UCI que en su evolución hay que tomar alguna decisión que implique aspectos éticos con el enfermo/familia/equipo multidisciplinar y que quede reflejado en el informe de alta. Se analizan los informes de alta y se excluyen aquellos en los que no se han tomado o no se han reflejado decisiones éticas. Recogemos variables epidemiológicas y clínicas. Se realiza estudio comparativo de medias y porcentajes de los resultados de las variables analizadas.

Resultados

De una muestra total de 1.102 pacientes, seleccionamos 80 pacientes (7,25%) que cumplen los criterios de inclusión del estudio. De ellos, la distribución por sexo es 47 hombres (58.75%) y 33 mujeres

(41.25%). La distribución por edad en intervalos fue: <20 años 1 paciente, 20-29 años 0 pacientes, 30-39 años 0 pacientes, 40-49 años 5 pacientes, 50-59 años 9 pacientes, 60-69 años 14 pacientes, 70-79 años 31 pacientes, 80-89 años 20 pacientes, >90 años 0 pacientes. La procedencia de los enfermos fue: urgencias 36, planta 28, quirófano-reanimación 2, sala de procedimientos 1, otros hospitales 13. El tipo de ingreso fue en 78 casos urgente y 2 programados. El diagnóstico principal más frecuente fue: bradicardia-bloqueo cardíaco 4, infarto agudo de miocardio 7, parada cardio-respiratoria 6, sepsis de origen digestivo 6, pancreatitis 3, sepsis de origen respiratorio 4, shock hipovolémico 2, postoperatorio 4, infección respiratoria aguda 11, síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST 5, coma 3, accidente cerebro vascular 5. Los diagnósticos asociados eran: shock séptico 13 casos, fallo multiorgánico 8, insuficiencia renal 18, enfermedad pulmonar obstructiva crónica 12, coagulopatía 6, insuficiencia respiratoria 12, accidente cerebrovascular 10, insuficiencia cardiaca 9, neumonía 12, parada cardio-respiratoria 8, fibrilación auricular 12, encefalopatía 5, hepatopatía 6, bloqueo AV. 5. Las complicaciones neurológicas encontradas fueron: coma 9 pacientes, deterioro neurológico 9 pacientes, encefalopatía 7 pacientes, demencia 1 paciente, muerte cerebral 1 paciente, edema cerebral 1 paciente.

Los procedimientos con consentimiento informado fueron: transfusión 18, donación 1, marcapasos transitorio 4, traqueostomía 7, cateterismo 7, trombolisis 1, laparotomía 6, biopsia 1, necropsia 6. La firma del consentimiento informado fue: paciente 2 casos, sin consentimiento informado 4 casos, vinculados 0 casos, sin datos en la historia clínica 6 casos, familiares 23 casos de los cuales fueron hijos 13, madre 1, esposos 4, hermanos 1, sin especificar parentesco 4. La limitación del esfuerzo terapéutico se produjo en 38.75% de la muestra, 31 casos. Respecto a orden de no reanimar: en 64 casos no hubo orden de no reanimar, 1 caso sin datos en la historia clínica, sí hubo orden de no reanimar en 15 casos, de los que en 11 casos figuraba en el informe de alta y 4 casos sólo en el tratamiento en la historia clínica. En 19 pacientes (23.75%) se dio el alta a planta para no reingreso.

Los aspectos éticos más relevantes fueron: sin contacto con la familia (llamada Guardia Civil) 2, información sobre el riesgo / beneficio del tratamiento 3, limitación del esfuerzo terapéutico 31, necropsia aceptada 6, necropsia rechazada 14, toma de decisiones multidisciplinares 12, donación de órganos concedida 1, no intubación orotraqueal 10, deseo del paciente de alta voluntaria 2, alta en situación de demencia 1, tratamiento conservador 2.

Discusión. Resulta baja la proporción de informes en los que claramente quedan reflejados los aspectos éticos que en la evolución de los pacientes se han presentado. Casi la totalidad de pacientes ingresa de forma urgente y muchos en situación crítica, lo que condiciona la posibilidad de poder informarles, pedirles su consentimiento y en definitiva, respetar su autonomía. Llama la atención los procedimientos que aunque habituales no

se les solicita consentimiento, por ejemplo la transfusión de sangre o sus derivados. Observamos que son los hijos los que tienen que afrontar ese momento, a veces muy difícil, de decidir algo que creían que nunca iban a tener que afrontar, tomar decisiones sobre sus padres. Entre los profesionales sanitarios los principios de la Bioética van considerándose cada vez más, pero el hecho de reflejarlos por escrito aún es escaso, así se contempla la limitación del esfuerzo terapéutico pero no proporcionalmente la orden de no reanimar, en su caso.

Conclusiones

1. Quedan reflejadas decisiones éticas en el informe de alta en un 7%. 2. Las complicaciones neurológicas más frecuentes en la evolución son deterioro neurológico-encefalopatía-coma. 3. En más de la mitad de los casos se llevan a cabo procedimientos con consentimiento informado, pero con frecuencia no consta éste en la historia clínica. 4. La familia y en concreto los hijos firman en la mayoría de los casos el consentimiento. 5. La limitación del esfuerzo terapéutico, en su caso, queda reflejado con frecuencia en el informe, pero no así la orden de no reanimar. 6. Los aspectos éticos más relevantes han sido la limitación del esfuerzo terapéutico, expresamente la no intubación orotraqueal y ventilación mecánica invasiva. 7. La realización de más estudios sobre decisiones éticas nos daría información sobre la tendencia a incluirlas como una herramienta más de trabajo en la práctica clínica habitual en pacientes críticos.

LA INVESTIGACIÓN BIOÉTICA INTERDISCIPLINARIA PARA LA ELABORACIÓN DE NORMAS BIO-JURÍDICAS

Aída María Ponce del Castillo

En el debate bioético se ha discutido sobre la posibilidad de una bioética global, muchas han sido las posiciones al respecto. El propósito de este trabajo es presentar la necesidad del estudio interdisciplinario, como herramienta fundamental para el análisis y resolución de los cuestionamientos que los nuevos desarrollos de la ciencia plantean a la Bioética.

Para ello desarrollar este tema, se toma el ejemplo de la experiencia en la formulación de leyes, guías o normativas relacionadas con cuestiones éticas en las ciencias de la vida, en el que ha sido necesaria la participación de diversas disciplinas y, la colaboración de entidades especializadas que aportan posiciones específicas y estudios profundos. De esta manera se puede identificar las cuestiones bioéticas, los métodos para su reflexión a partir de la interdisciplina y asistir en la toma de decisiones.

Se asume que la interdisciplinariedad de la bioética no substituye las competencias y responsabilidades de las disciplinas en sí mismas, por el contrario, confirma la autonomía y especialización de cada una de ellas. La ventaja de la interdisciplina es que pone de manifiesto una perspectiva de estudio mucho más amplia que requiere asumir mayores responsabilidades y da la posibilidad de que las disciplinas sociales o humanísticas y las científicas crucen sus fronteras, para un mejor entendimiento de ambas.

Así, la hipótesis de este trabajo es la necesidad del estudio interdisciplinar para la toma de decisiones y la posible legislación o elaboración de políticas sobre los temas específicos que la bioética plantea a la sociedad. En la primera aparte se expone la necesidad de la interdisciplina para la formación de una bioética global. La necesidad de la bioética global ya ha sido apuntada por diversos estudiosos de la bioética como Søren Holm en el Reino Unido, Marshall & Koenig en los Estados Unidos, Sirkku Hellsten en Finlandia y Ballesteros en España.

En la segunda parte, se muestran los ejemplos de los comités o asociaciones

de bioética que se han creado a nivel nacional e internacional, como centros que con su opinión ayudan a la toma de decisiones sociales, políticas, nacionales e internacionales. También se pone de manifiesto la importancia de las opiniones de estos organismos para la elaboración de políticas regulatorias o normas nacionales e internacionales, como ejemplo de ello están normas que integran el bio-derecho como el Convenio de Biomedicina del Consejo de Europa y las Declaraciones de la UNESCO una relativa al Genoma Humano y los Derechos Humanos y la más reciente sobre Bioética.

La intención de la propuesta de una bioética global con pensamiento interdisciplinario es promover y aumentar la producción del conocimiento bioético que además, pueda ser usado en el debate social y político. El beneficio para la sociedad, es la posibilidad de convertir este pensamiento en principios de carácter internacional que puedan ser adoptados y ayuden a la promulgación de leyes y normas de carácter biojurídicas.

¿YA NO ES ÚTIL O NECESARIO PARA EL AVANCE CIENTÍFICO EL TÉRMINO «PREEMBRIÓN»?

Modesto Ferrer Colomer, Luis Miguel Pastor García
Departamento de Biología Celular e Histología. Facultad de Medicina. Master de Bioética. Universidad de Murcia

Introducción

Para justificar éticamente la investigación con embriones humanos durante años se afirmó que la realidad biológica existente durante los primeros 14 días no era un embrión humano sino una realidad previa a él: un preembrión. Pero parece que cada vez tiene un menor interés el preembrión cuando es evidente que se pretende extender las investigaciones sobre clonación y células madre embrionarias más allá de los primeros 14 días de vida del embrión. De hecho, algunos autores, pretenden distinguir entre diferentes clases de embriones según su modo de obtención y denominarlos de diferente modo. En esta comunicación explicamos esta nueva estrategia que se está realizando en torno al embrión preimplantatorio.

Material y métodos

Hemos realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed con los términos «embryo and status», «human embryo and ethics» y «embryo and personhood» desde 1995 a junio de 2007 para conocer los argumentos usados para justificar la investigación con embriones humanos y ver su evolución hasta nuestros días.

Resultados y discusión

Los argumentos biológicos encontrados que a modo de objeciones usan algunos autores partidarios del «preembrión» son semejantes a los de otros autores que niegan el carácter de individuo al embrión humano aunque no son partidarios de esa palabra. El conjunto de objeciones planteadas por todos ellos se pueden agrupar en cuatro: falta de individualidad y de organización del embrión, alteraciones en el proceso normal de fecundación junto con la necesidad de la implantación, la falta de racionalidad y la falta de potencia para llegar a ser un ser humano y una persona. Estas objeciones han facilitado una justificación para

permitir la investigación con embriones humanos hasta el día 14. Ahora, ante la necesidad de conseguir más tejido humano desarrollado, algunos autores consideran que estaría justificado trazar una nueva línea ética en las 8 semanas argumentando la falta de organización y de desarrollo neuronal del embrión. Otro camino para conseguirlo está siendo redefinir lo que es un embrión (¿qué es y qué no es un embrión o cuándo lo es?) en base a los mecanismos seguidos para obtenerlo con las diferentes técnicas de FIV y por la intención que hay detrás de su creación (sobrantes no implantables, creados para investigar, etc.). Así, por ejemplo, algunos lo denominan material genético humano. En resumen, las tomas de postura sobre lo que debe ser considerado un embrión humano, para algunos autores siguen siendo todavía una cuestión clave a aclarar especialmente por la gran capacidad de manipulación que sobre el embrión humano están aportado las nuevas técnicas relacionadas con la FIV, y dado que otros no se plantean si en algún modo es ético desarrollar todas estas posibilidades técnicas. De hecho, bastantes autores dejan de lado en sus artículos los aspectos legales, morales, religiosos o sociales aunque piensan que otros expertos pueden usar estos datos para hacer esas consideraciones. Ellos prefieren realizar cambios semánticos para justificar sus prácticas

Conclusiones

Se observa un intento de renombrar al embrión humano para poder justificar una investigación con el mismo que pueda suponer su destrucción. No parece útil hacerlo denominándolo «preembrión» por el nexo que este término tiene con el día 14, dado que la experimentación pretende realizarse más allá de esa fecha. Al igual que con el término «preembrión» se busca otras denominaciones que salven el escollo de la palabra embrión pues ésta supone la existencia de un ser humano.

ANÁLISIS DE EVIDENCIA DE INTERVENCIONES PREVENTIVAS EN SALUD SEXUAL Y REPERCUSIONES ÉTICAS

José Jara Rascón, Javier Ruiz Hornillos

Introducción

Las recomendaciones dirigidas a la prevención del embarazo y las enfermedades de transmisión sexual (ETS) en adolescentes forman parte del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) incorporado ya dentro de las actividades de la Atención Primaria. Sin embargo, las medidas concretas que deben ser propuestas en este Programa se definen como de eficacia no probada en los análisis de Medicina Basada en la Evidencia (MBE), siendo, por tanto, discutible su eticidad, dependiendo de la orientación y tipo de información que cada profesional decida realizar.

Material y Métodos

Se analizan los niveles de evidencia científica que sustentan los diseños de estudios en los que se valora la eficacia obtenida con diversas actuaciones preventivas sobre Salud Sexual dirigidas a adolescentes y población joven. Asimismo se valoran los Grados de Recomendación deducibles para las intervenciones específicas de prevención propuestas habitualmente (uso de preservativos, recursos a la píldora postcoital)

Resultados

El Institute for Clinical Systems Improvement adjudica el nivel III (evidencia incompleta) para las intervenciones de asesoramiento sobre prevención de embarazo y de ETS. Las Guías de práctica clínica de la Agency for Health-care Research de EEUU mencionan que hay pocos estudios controlados respecto al papel del asesoramiento clínico en esta materia y se mantienen las incógnitas sobre la efectividad de estas actuaciones a largo plazo. La Canadian Task Force on Preventive Health Care mantiene este tema aún en revisión. La propuesta de abstinencia sexual como un ítem más aparece incluido en todas las guías de recomendaciones sobre estrategias de prevención revisadas.

Discusión

La MBE es un instrumento que, en parte, ha sido creado para reducir las inconsistencias innecesarias y ayudar a estandarizar la práctica clínica. En base al análisis aportado por esta herramienta de valoración en la interpretación de datos científicos, las intervenciones tendentes a modificar estilos de vida referentes a las prácticas sexuales no han logrado aún demostrar su eficacia, por lo que sólo se justificarían éticamente en base a una teórica reducción del riesgo, deseable pero que aún debe ser contrastada

Conclusiones

Al carecer de evidencia basada en estudios poblacionales, las informaciones sobre hábitos sexuales deseables, aportadas a los adolescentes en Atención Primaria dentro de los planes de medicina preventiva, deben de ser de carácter multidireccional, valorando las disposiciones personales del adolescente para retrasar el debut sexual y respetando las decisiones de los padres, o responsables legales de la educación moral del menor, respecto a la idoneidad de la información que debe darse, teniendo en cuenta aspectos de desarrollo afectivo individual.

EUTANASIA: UNA «PENDIENTE RESBALADIZA». PROBLEMAS ÉTICOS ANTE LA LEGALIZACIÓN

Javier Vega Gutiérrez
Profesor titular de Medicina legal y Ética médica de Valladolid.
Doctor en Teología moral.

En la literatura bioética, se emplea con frecuencia el término «pendiente resbaladiza» (PR) como metáfora apropiada para indicar un tipo de argumentos basados en el temor a iniciar ciertas prácticas que pueden escapar a nuestro control. El núcleo del argumento es la convicción de que el comienzo de una práctica que unos consideran mala y otros neutra o aceptable, nos llevará a consecuencias indeseables para todos. En el presente trabajo se analiza el argumento de la «pendiente resbaladiza» en la eutanasia, argumento que agrupa muchas de las consecuencias morales negativas relacionadas con su legalización, y se verifica su cumplimiento en Bélgica y en Holanda, países donde su práctica está legalizada.

1. En el caso de Bélgica se verifica el fenómeno de la PR, a pesar de que la legalización de la eutanasia se ha producido hace poco tiempo. Además se comprueba la existencia de una escasa voluntad oficial de que la ley se cumpla y se mantenga en sus términos actuales. Hemos visto que no se ha respetado siempre el requisito de voluntariedad plena, ni se ha garantizado en cada caso la voluntariedad actual. Se observa también, desde el momento de la legalización, la práctica de la eutanasia a pacientes no terminales. Tampoco se ha previsto que se cumpla el requisito del padecimiento de un dolor insoportable, pudiéndose solicitar la eutanasia por sufrimiento psíquico, como ha ocurrido en un gran número de casos, sin que existan medidas para evitar que se solicite la eutanasia por motivos vanales.

2. El caso de Holanda es sin duda el prototipo de país para verificar la PR en la eutanasia, pues ésta lleva tres décadas practicándose legalmente por los médicos. Los tribunales han ido eliminado varios de los límites considerados como «medidas estrictas de seguridad», introducidas por el Gobierno holandés en un inicio. Los gobernantes no han conseguido controlar la práctica de la eutanasia y son incapaces de verificar que se cumplen las medidas de seguridad. Además, la mayoría de los médicos no declaran las

que practican. Por otro lado, los tribunales de Justicia no muestran interés por conseguir que se cumpla la ley, pues es ínfimo el número de procesos que ha habido, y se acaba absolviendo siempre a los infractores. El descenso por la PR en este país ha sido muy fuerte: se han eliminado pacientes incapaces de expresar su voluntariedad, no se han impedido las presiones coercitivas (familiares, médicas, sociales) y existe una práctica extendida de eutanasia involuntaria. Respecto al dolor, no sólo se ha permitido la eutanasia de enfermos con dolores psíquicos, sino de enfermos que en realidad no experimentaban ningún sufrimiento. Y, por último, se ha aplicado la eutanasia a pacientes no terminales, con enfermedades reversibles que se podían curar.

3. Entre las consecuencias negativas de la legalización de la eutanasia destacan las siguientes: disminución del respeto a la vida; desconfianza en las relaciones sociales; negación de la igualdad de todos ante la ley; escándalo y oscurecimiento de la verdad moral; indefensión del débil frente al fuerte. Después de estudiar y verificar el fenómeno de la PR en la eutanasia en Bélgica y Holanda, consideramos que el legislador de este tipo de leyes, se hace responsable también de las consecuencias inmorales que no será capaz de impedir.

VERDAD, MENTIRA Y LENGUAJE EN BIOÉTICA

Juan Manuel Monfort Prades y Jaime Vilarroig Martín
E-Mail idjmal@hotmail.com Telf. 653495063

Esta comunicación tiene como finalidad plantear la necesidad de tomar en serio el tema de la verdad y la falsedad en bioética. En la actualidad se prefiere ocultar la verdad y manipularla antes que asumirla, lo cual provoca un descenso en picado de la calidad humana de las personas que secundan estas tendencias. De ello se concluye la necesidad de recuperar la veracidad como característica principal de aquellos que pretenden aportar un discurso serio en esta materia.

Desplegamos este trabajo en dos direcciones: por un lado la verdad como cualidad de todo lenguaje bioético que se precie científico. Para esta parte del trabajo nos centraremos en la figura y obras de Julián Marías, en concreto nos detendremos en la necesidad de descubrir y tener en cuenta la realidad personal del ser humano para proceder con un discurso auténtico y coherente con la realidad. Profundizaremos en las notas básicas de lo que significa ser persona para el discípulo de Ortega y veremos las consecuencias inmediatas de ello en bioética. Sólo desde esta perspectiva se puede aspirar a realizar un discurso veraz y auténtico en cuanto a la ética que afecta a la vida.

La segunda parte del trabajo, más práctica, se centra en la mentira, y en algunos usos impropios del lenguaje médico, biológico, filosófico o legal que se usa hoy en día. Debemos gran parte de estas reflexiones a los trabajos del profesor Alfonso López Quintás, que han sido plataforma de despegue para todas nuestras posteriores indagaciones. Las formas de evadir la verdad, inventar sofismas y producir falacias son tantas cuanto extensa es la capacidad creadora del lenguaje: si no toca el infinito, lo roza. Ante la imposibilidad de elencar todas y cada una de estas perversiones del lenguaje que hemos encontrado en nuestra investigación, nos fijaremos en algunas que nos han llamado particularmente la atención.

El tema de la verdad y de la mentira atraviesa la obra de Marías y ocupa en ella un lugar preferente. Es un asunto íntimamente ligado al concepto de persona y no puede entenderse al margen de éste. Ya decía Ortega que la veracidad es un carácter que se presupone a los filósofos. «Las

personas veraces son, literalmente, la sal de la tierra. Gracias a ellas no se desquicia definitivamente el mundo. No basta con la inteligencia, la agudeza, el ingenio, la erudición. Nada de esto sirve a última hora si falta lo principal: la orientación hacia la verdad, el hambre –o la sed– de verdad. La función de la inteligencia es abrirse a la realidad, dejarla penetrar y reflejarse. Todo lo demás es jugar con las cosas, tal vez escamotearlas, suplantarlas, o disecarlas como un taxidermista»[1]. El pensador veraz se abandona a su tema, se deja llevar por el, se complace cuando la realidad se desvela, se descubre, en ello consiste la *alétheia*, la verdad.

En estas primeras palabras se concentra todo lo que se pretende aportar en esta comunicación. En Bioética se necesita ser veraz, las personas que pretenden hablar con rigor de estos temas deben ser veraces, dejar que la realidad se les revele, se les descubra y no imponer sus criterios manipulando la verdad. En un tema donde están en juego vidas humanas esto se convierte en algo especialmente sangrante.

Pero ¿qué es lo primero que se nos descubre como verdad en este mundo? Para Ortega estaba muy claro, la realidad radical es que «yo soy yo y mi circunstancia y si no la salvo a ella no me salvo yo». El primer «yo» de la frase es el yo que vive, es la vida humana misma que se realiza en un mundo. Para Ortega esta es la primera verdad de la que podemos partir, si uno quiere ser veraz, tiene que partir de ello. Marías recibe esta doctrina y la amplia haciéndola suya. La vida humana se comprende como vida humana personal, no tiene otra forma de comprenderse si se es riguroso. ¿Qué significa personal? ¿Qué implicaciones tiene para la vida? No duda Marías de que para ser veraz en este mundo, se necesita comprender al ser humano como una realidad personal, ya que esto se impone, se desvela, se descubre, cuando dejamos que la realidad misma hable. Cuando no se permite a la realidad desvelarse por sí misma, cuando buscamos ponerle un corsé porque así defendemos nuestros intereses, actuamos contra la verdad y en definitiva contra la verdad del ser humano.

Muchos que se llaman expertos en bioética están empeñados en modelar la verdad según sus intereses y no permiten que la verdad fluya en su íntima realidad. Una de las armas más destructivas de estos pensadores, es el lenguaje. Con él se confunde la verdad y se convence de verdades que no lo son, para lo que se recurrirá a las técnicas más elaboradas.

Es necesario volver a la veracidad como carácter fundamental de aquellos que pretendan reflexionar sobre temas de bioética. El ocultamiento de la verdad y su manipulación sólo provocan la deshumanización de las personas y la utilización de los seres humanos como objetos para satisfacer los deseos de otros.

Bibliografía

Aristóteles, Ética a Nicómaco. Gredos, Madrid, 1985.

1 En el prólogo de **Harold C. Raley**, *Ortega y Gasset, filósofo de la unidad europea*, Biblioteca de la Revista de Occidente, Madrid, 1977.

Beneyto, J. El color del cristal; Mecanismos de manipulación de la realidad. Pirámide, Madrid, 1982.

Häring, Bernhard. Ética de la manipulación, en medicina, en control de la conducta y en genética. Herder. Barcelona. 1978.

López Quintás, A. Estrategia del lenguaje y manipulación del hombre. Narcea, Madrid, 1988.

– La manipulación del hombre a través del lenguaje. Primer curso, Roma, corregido 5-02-01.

Marías, Julián, Obras, Revista de occidente, Madrid, 1982.

- *Persona*, Alianza Editorial, Madrid, 1997.
- *Razón de la filosofía*, Alianza Editorial, Madrid, 1993.
- *La mujer y su sombra*, Alianza Editorial, Madrid, 1998.
- *Mapa del mundo personal*, Alianza Editorial, Madrid, 1994.
- *El curso del tiempo (2 Vol.)*, Alianza Editorial, Madrid, 2003.
- *La fuerza de la razón*, Alianza Editorial, Madrid, 2005.
- *La felicidad humana*, Alianza Editorial, Madrid, 2003.
- *La mujer en el siglo XX*, Alianza Editorial, Madrid, 1990.
- *Tratado de lo mejor*, Alianza Editorial, Madrid, 1995.
- *La perspectiva cristiana*, Alianza Editorial, Madrid, 2000.

Monfort Prades, J. Manuel, Julián Marías: la crisis de la cultura y el valor incondicional de la vida humana. Inédito.

Raley, C. Harold, Ortega y Gasset, filósofo de la unidad europea, Biblioteca de la Revista de Occidente, Madrid, 1977.

Singer, Peter. Desacralizar la vida humana. Ensayos sobre ética. Cátedra, Madrid, 2003.

Spaemann, Robert, Personas. Sobre la distinción entre <<algo>> y <<alguien>>, Eunsa, Pamplona, 2000.

Vilarroig Martín, Jaime. Lenguaje, bioética y manipulación. Un estudio sobre los usos y abusos del lenguaje en bioética. Inédito.

BIOÉTICA EN LA RED: HERRAMIENTAS DE BÚSQUEDA

Juan Raúl García Canet
Vicerrectorado de Investigación y Calidad. Universidad Católica de Valencia «San Vicente Mártir». jraul@ucv.es

La Internet, la red de redes o más conocida en el mundo de la Informática como la World Wide Web, es el fondo documental más amplio existente en el mundo. Desde una simple receta de cocina hasta documentos históricos de la Biblioteca Nacional pueden ser encontrados en ella. Pero necesitamos saber dónde se encuentra ésta información, necesitamos, una ubicación o algún tipo de dato que nos permita localizarla.

Es pues evidente, que necesitamos alguna forma de enfocar la dirección de búsqueda hacia nuestros objetivos. Herramientas que nos permitan recorrer esa cruzada hacia la localización de la información de una forma sencilla, ordenada y concreta. Hablamos, por supuesto, de las herramientas de búsqueda en Internet: los buscadores, metabuscadores, buscadores temáticos, etc.

No obstante, entre tanta información es sencillo perderse y acabar navegando en páginas con información irrelevante para nuestros fines o incluso información errónea o poco fiable que puede hacernos fracasar en la redación de cualquier informe, trabajo o investigación. Es por ello que la utilización eficaz de las herramientas de búsqueda en Internet nos permitirá aprovechar el tiempo y optimizar el proceso de indagación.

El objetivo principal de este taller se basa en facilitar diferentes métodos de uso de estas herramientas, aprovechar las utilidades (algunas ocultas) que poseen y facilitar, a la vez, una serie de enlaces o direcciones web que sirvan como referencia a la hora de buscar información sobre el tema tratado, en este caso, la Bioética.

ASPECTOS BIOÉTICOS QUE TIENEN EN CUENTA LAS ENFERMERAS EN EL CUIDADO MATERNO PERINATAL: ESTUDIO CUALITATIVO

Mirtha Flor Cervera Vallejos

El estudio cualitativo tuvo como objetivos analizar y comprender los aspectos de bioética que toman en cuenta las enfermeras al brindar el cuidado materno peri natal en un servicio de gineco-obstetricia de un hospital de Perú 2006, la muestra se obtuvo por saturación conformada por 10 enfermeras. Para la recolección de datos se utilizo la entrevista semi- estructurada ha profundidad y mediante el análisis temático se identificaron cinco categorías: donde las enfermeras, descubren incorrecciones en el cuidado que imparten a la madre y su bebé, determinado por un cuidado centrado en procedimientos con límites para proteger el respeto al cuerpo e intimidad de la madre gestante. También reconocen debilidades en el valor y dignidad de la vida humana. Asimismo priorizan como problemas éticos: les cuesta decir la verdad, no se vive el secreto profesional, existe un consentimiento informado parcial porque sólo interesa firmar la exoneración de responsabilidad para el acto médico, no funcionan los comités de ética y el código de ética y deontología sólo se utiliza para colegiarse, concluyendo la necesidad de formación bioética en sus servicios.

ASPECTOS BIOÉTICOS QUE TIENEN EN CUENTA LAS ENFERMERAS EN EL CUIDADO MATERNO PERINATAL: ESTUDIO CUALITATIVO

Mirtha Flor Cervera Vallejos

La presente investigación cualitativa con abordaje de estudio de caso tuvo como objetivo caracterizar analizar y comprender los aspectos de bioética que toman en cuenta las enfermeras al brindar el cuidado materno peri natal en el servicio de gineco-obstetricia de un hospital del Departamento de Lambayeque: Perú 2006. Los supuestos teòricos se basaron en la ética Personalista de Sgreccia et al (2003); la muestra se obtuvo por saturación conformada por 10 enfermeras, para la recolección de datos se utilizo la entrevista semi-estructurada a profundidad y mediante el análisis temático se identificaron cinco categorías: 1) incorrecciones en el cuidado materno perinatal determinado por un cuidado centrado en procedimientos y límites para proteger el respeto al cuerpo e intimidad de la madre gestante. 2) experimentando debilidades en el valor de la vida humana asumido porque no les tratan como personas, ante la realidad que viven las enfermeras la dignidad humana no se toma en cuenta considerando la promoción y defensa de la vida en forma eventual, 3) entre los problemas éticos que afronta la enfermera están: les cuesta decir la verdad, no se vive el secreto profesional, existe un consentimiento informado parcial porque sólo interesa firmar la exoneración de responsabilidad para el acto médico, no funcionan los comités de ética y el código de ética y deontología sólo se utiliza para colegiarse y 4) ante los aspectos de bioética debilitados en el cuidado maternoperinatal las enfermeras requieren formación bioética.