

SMIBA-Módulo de Bioética (segunda parte)



Prof. Dr. Roberto M. Cataldi Amatriain
icim@intramed.com

Temario de la sesión.

- 1) Dilemas éticos.**
- 2) El paciente terminal.**
- 3) El estado vegetativo permanente.**
- 4) Eutanasia y distanasia.**
- 5) Suicidio asistido.**
- 6) La relación médico- paciente- familia.**
- 7) Cómo transmitir las malas noticias.**
- 8) Confidencialidad y secreto médico.**
- 9) El aborto terapéutico y por anencefalia.**
- 10) Objetores de conciencia.**
- 11) Paralelismo entre método clínico y método bioético.**
- 12) Diferencias entre Moral y Ética.**
- 13) Relaciones entre el Derecho médico y la Ética médica.**
- 14) Conformación de un Comité Hospitalario de Ética y sus alcances en la práctica asistencial.**
- 15) Eugenesia clásica y las formas actuales.**
- 16) Asignación de recursos.**
- 17) Orden de no reanimar.**
- 18) Decisiones anticipadas.**
- 19) Futilidad terapéutica.**
- 20) Protocolos de investigación en seres humanos con drogas.**
- 21) Nuevas vulnerabilidades.**

1) Dilemas éticos.

Un **problema** es una cuestión cuya solución puede plantear dudas, pero existe la posibilidad de llegar a una solución satisfactoria, a diferencia del **dilema** donde estamos en una encrucijada, debemos escoger entre dos opciones que no queremos admitir, ninguna de las opciones es enteramente buena ni mala y, el resultado va a tener repercusiones tanto positivas **como** negativas, aceptar una de ellas no nos dejará conforme.

En lógica el **dilema** es un **silogismo** El **silogismo** se define como un razonamiento del estilo deductivo que llega a una conclusión final a partir de dos afirmaciones denominadas premisas. Las premisas son proposiciones lingüísticas de valor verdadero o falso. La primera premisa es llamada premisa mayor y la segunda premisa menor.

Hay muchos tipos de silogismos (compuesto, condicional, disyuntivo, abreviado, expandidos, con una premisa causal)

El **dilema** es un silogismo expandido

Silogismo expandido

De estos existen tres clases de silogismo, los cuales son:

- **Silogismo con una premisa causal:** es aquel que propone cierta razón con el cual sostiene su verdad.
- **Sorites:** se trata de un conjunto de silogismos en cadena. Éste llega a ser válido si cada uno de estos son verdaderos.
- **Dilema:** usado como arma para enfrentar un adversario, a quien se le impone dos alternativas para que elija una de ellas.

Silogismo condicional: Considerado como el más importante de todos. Se trata del silogismo que como premisa mayor posee una proposición condicional, mientras que como premisa menor dispone una proposición categórica. También se le suele llamar "silogismo hipotético", ya que el argumento que se emplea no siempre llega a ser válido, por tanto, si se cumple A, también se cumplirá B.

Es el que al negar, afirma:

Si es A, no es B
no es A
luego, es B

Si es médico, no es corrupto
no es médico
luego, es corrupto

El concepto del silogismo no evita que se presenten «sofismas», y los sofismas son conceptos lógicos equívocos pero que cumplen las tres premisas.

Silogismos de Sofismas

Cuentan una historia

Lo que la mayoría cree es verdad

Conclusión: si todos lo creen es verdad

Dilema: hay 11 pacientes que necesitan ARM y existen en la UTI 10 respiradores...

¿Cómo fundaremos la decisión de dejar a un paciente sin ARM?

El **trilema** es una elección entre tres opciones, que son (o aparentan ser) contradictorias entre sí, o bien, conducen aparentemente a resultados distintos.

2) El paciente terminal.

Paciente terminal es aquel que padece una enfermedad incurable y progresiva, sin posibilidad alguna de recuperación, cuya muerte es inminente (*paciente muriente*) o cuya expectativa de vida es inferior a 6 meses para algunos y 12 meses para otros (*paciente no muriente*).

No confundir el concepto de paciente terminal con el de enfermedad terminal ya que las implicancias prácticas son distintas.

No siempre es fácil categorizar a los pacientes graves, pero podemos hacerlo de la manera siguiente:

- 1) Paciente crítico.
- 2) Paciente crónico muy avanzado.
- 3) Paciente terminal (muriente o no muriente).

El **paciente crítico** es un enfermo grave que cursa con una patología aguda o hiperaguda cuyo estado puede poner en peligro su vida, sin embargo existen posibilidades de recuperación. Este paciente es pasible de ser asistido en una UTI.

El **paciente crónico muy avanzado** sufre una patología de curso crónico que puede haber avanzado incluso hasta estadios terminales de la enfermedad, lo que no significa que la expectativa de vida sea similar a la del paciente terminal.

No todo enfermo grave debe ser atendido en una UTI, sobre todo si no existe posibilidad alguna de recuperación y la muerte es inminente.

Negarle el ingreso a un paciente de estas características no significa desatenderlo o no brindarle la mejor atención, al contrario, ese paciente estará mejor asistido en el área de internación clínica, con un médico de cabecera que además de implementar la terapéutica que corresponda, lo contenga emocionalmente (incluso a la familia) y, a su vez, el enfermo tenga la posibilidad de estar rodeado de sus seres queridos y aguardar la muerte en paz (**morir con dignidad**).

En los pacientes terminales es suficiente con recurrir a medidas terapéuticas ordinarias, puesto que las medidas terapéuticas extraordinarias no se justifican. Estos términos son imprecisos, para algunos autores los medios ordinarios serían los medios naturales y los medios extraordinarios los medios artificiales. Muchos medios que antes se consideraban extraordinarios hoy se han convertido en ordinarios. Actualmente se prefiere hablar de **medios proporcionados** y **medios desproporcionados**. En el paciente terminal se deben implementar los *medios proporcionados*.

El enfermo que sabe que va a morir tiene ciertas vivencias, cuyo modelo del proceso de comprensión fue oportunamente elaborado y explicitado por Kubler Ross, quien describió 5 etapas que no son necesaria y cronológicamente correlativas:

- Negación.
- Irritación y rebeldía.
- Sumisión y pacto.
- Depresión, desánimo, pena.
- Aceptación, resignación y paz.

De la atención psicológica de estos pacientes se ocupa la psicooncología. La asistencia espiritual, si el paciente la reclama, es de mucha utilidad.

The right to be let alone (ser dejado solo): en Bioética éste es un derecho casi absoluto, y algunos enfermos lo exigen claramente.

La ***Declaración de Lisboa*** sostiene que el paciente tiene derecho a una muerte digna, como también a recibir o incluso rechazar asistencia espiritual o moral.

En lo que atañe a las estrategias destinadas al *control efectivo de síntomas*, es necesario el cumplimiento de los siguientes pasos operativos:

- Evaluación clínica completa.
- Información adecuada (*qué decir, cuándo decirlo, cómo decirlo*).
- Detección de las necesidades del paciente.
- Instrumentación de la supresión del síntoma (evitar la submedicación).

La **sedación terminal** se realiza con psicofármacos a dosis no letales que originan un estado de sedación (terminal), y bajo el sueño profundo los síntomas desaparecen (disnea, dolor, delirio, angustia) pero la muerte se anticipa, por eso se habla de sedación terminal por el **principio de doble efecto**. La valoración ética se hace en torno a la **intención del médico** y al **método** con que se anticipa la muerte (*sedación o cóctel lítico*). En esta valoración no es lo mismo "permitir la muerte" (sin intencionalidad), que "dejar morir" o "ayudar a morir". Si bien es cierto que el resultado siempre es el mismo (la muerte del paciente), la intención varía.

Algunos consideran la sedación como una especie de **eutanasia psicológica** (deja de tener conciencia y capacidad de decisión de manera irreversible hasta que muere) equiparable al cóctel lítico, otros la consideran «*un mal menor*» cuando los cuidados paliativos han fracasado en el intento de controlar el sufrimiento. También se ha señalado que la diferencia entre ambos métodos es de tiempo, ya que con el cóctel lítico la muerte es rápida y con la sedación terminal la muerte acontece al cabo de unos días.

3) El estado vegetativo permanente.

Antes de la década del 70 los pacientes que presentaban un daño encefálico agudo y grave solían fallecer luego de haber permanecido en coma dos o tres semanas. El avance tecnológico permitió que los que lograban vivir más tiempo saliesen del coma para pasar a una nueva situación clínica, que Jennet y Plum (1972) describieron como **estado vegetativo persistente (EVP)**, a la vez que las denominaciones coma vigil, síndrome apálico, muerte neocortical cayeron en desuso.

En 1975 la joven norteamericana Karen Ann Quinlan sufrió un coma barbitúrico que demandó ARM. La Corte de New Jersey autorizó la decisión de eutanasia pasiva. Luego de ser destetada continuó respirando espontáneamente, siendo alimentada artificialmente por 9 años más, murió en 1985. Quinlan sufrió daño cerebral irreversible que le ocasionó un EVP. Marcó un hito: **conmocionó a la opinión pública norteamericana y consta en los orígenes de la Bioética.**

El EVP no necesita de apoyo técnico para mantener sus funciones vitales y, si bien es una situación neurológica terminal no se trata necesariamente de un paciente terminal. El adjetivo "permanente" señala la irreversibilidad neurológica. La Academia Pontificia se opuso al uso de la denominación "permanente" y cuestiona los errores que se cometen en la evaluación diagnóstica, por la observación clínica (sesgo subjetivo).

En la década del 90 se comunicaron casos que superaban los criterios del EVP, lo que hoy se conoce como **"estado de mínima conciencia" (EMC)**. Existe un grave compromiso de la conciencia, pero pueden observarse claras y reproducibles evidencias de conciencia de sí mismo o de su entorno. Obedecen comandos simples, tienen respuesta gestual o verbal, verbalización inteligible, actos con propósito en relación a estímulos ambientales que no son reflejos (risa o llanto, vocalización o gesticulación, alcanzar, tocar o tomar objetos, seguimiento de la mirada). **Establecer la diferencia entre EVP y EMC puede ser difícil.** Se recomiendan exploraciones complementarias (EEG, potenciales evocados, exámenes isotópicos, neuroimágenes), pero siempre solicitar la opinión del neurólogo.

El manejo clínico genera problemas médicos, éticos, religiosos, legales y económicos.

4) Eutanasia y distanasia.

La ***eutanasia*** hace referencia a quitarle la vida a un enfermo desahuciado por un sentimiento de piedad, con la intención de que deje de sufrir, este es su concepto clásico. Hoy se denomina *eutanasia* a un enjambre de derivados de este concepto que ha motivado una amplia clasificación.

En la antigua Grecia el vocablo representaba un modo de morir, indicaba una muerte serena y buena (*eu* y *thánatos*), pero no comportaba teoría alguna sobre qué sucede después de la muerte. Por otra parte, se la viene practicando desde tiempos remotos y en distintas culturas.

Algunos sostienen que entre el *aborto* y la *eutanasia* existe un estrecho vínculo, y llegan a preguntarse: "*Si los doctores aceptan el dinero de los padres para matar a sus hijos (aborto), ¿qué los puede detener de aceptar dinero de los hijos para matar a sus padres (eutanasia)?*". También aluden a la Biblia y hacen referencia al Libro Quinto de Moisés: "*gente fiera de rostro, que no tendrá respeto al anciano, ni perdonará al niño*" (Deuteronomio 28:50).

Existen diferentes formas de *eutanasia* que (Rosangela Barcaro) son:

-Eugenésica: se practica en malformados graves o con perturbaciones psiquiátricas siguiendo un programa que apunta a mejorar la raza.

-Económica: se eliminan individuos que representan un peso para la sociedad con la intención de reducir los costos de la asistencia sanitaria (enfermos terminales, ancianos no autoválidos, incapacitados graves).

-Criminal: es asimilable a la pena de muerte, ya que se practica en sujetos peligrosos para la sociedad, pero la diferencia estriba en que la ejecución capital suele ser violenta y dolorosa, mientras que en la *eutanasia* se procura una muerte sin dolor.

-Experimental: se practica en individuos seleccionados con la finalidad de realizar trabajos de investigación o probar sustancias tóxicas.

-Solidaria: mediante la muerte del individuo se logra que se salve la vida de otros. Es una suerte de sacrificio.

-Piadosa: es la *eutanasia* clásica, que procura terminar con el sufrimiento insostenible de un paciente desahuciado o muriente (***mercy killing***).

-Terapéutica: aquí se intenta abreviar la vida (superponible a la piadosa), ya que el médico procura darle una "muerte dulce" a un enfermo sin expectativas de vida.

Las formas denominadas *eugenésica, económica, criminal, experimental y solidaria* tienen como común denominador que procuran privilegiar los intereses de la sociedad o del grupo, mientras que la *piadosa* y la *terapéutica* sólo buscan el bien del paciente.

En la llamada *eutanasia terapéutica* existe un uso incorrecto del término, porque la "terapéutica" intenta mejorar la salud. En la *eutanasia piadosa* es menester subrayar que la piedad es un sentimiento y, como tal escapa a las reglas de la lógica.

La *eutanasia* puede ser activa (comisiva) o pasiva (omisiva). También se diferencia la *eutanasia* voluntaria, de la no voluntaria y de la involuntaria.

En la *eutanasia* voluntaria el paciente le solicita al médico que le administre una inyección letal para terminar con su sufrimiento. Asimismo se considera voluntaria si la persona ya no es competente pero cuando lo era manifestó su firme deseo de morir en una situación como ésta. P. Singer sustenta que **la *eutanasia* voluntaria es difícilmente distinguible del *suicidio asistido***

En la *eutanasia* no voluntaria el enfermo es incompetente y con anterioridad **no pudo manifestarse si deseaba o no la *eutanasia* en determinadas circunstancias**, como puede acontecer con un recién nacido deforme o con retardo mental, o con un paciente comatoso; aquí el ser no es capaz de comprender la elección entre la vida y la muerte.

Existe una forma involuntaria que sólo podría ser justificada por el deseo de evitarle al paciente un sufrimiento ulterior y, éste es capaz de consentir su propia muerte pero no lo hace, o si lo hizo luego se arrepintió. La administración de dosis cada vez mayores de analgésicos que eventualmente ocasionarán la muerte del paciente, o la retirada no consentida de un tratamiento para seguir vivo equivalen a la *eutanasia* involuntaria.

Debate ético alrededor de la distinción entre matar y dejar morir. En circunstancias normales el "mejor interés" de la persona es seguir con vida, pero en el contexto de la *eutanasia* la situación es diferente (E. Kuhse) ya que el "mejor interés" de la persona es morir, no seguir con vida.

En la *eutanasia* pasiva, negativa u omisiva la muerte la produce la enfermedad, no el médico, pero en la activa, positiva o comisiva la muerte es a manos de un tercero. En apariencia las dos acciones serían moralmente equivalentes ya que producen una consecuencia idéntica, pero la causalidad es diferente.

En la activa la muerte es el resultado de la acción causal del sujeto que persigue la supresión de la vida de otro ser humano, pero en la pasiva la muerte es provocada por la enfermedad y no por la acción directa de un tercero.

A nivel de intenciones, matar y dejar morir pueden ser equivalentes desde el punto de vista de la culpabilidad moral (Tesis del equivalente moral).

E. Kuhse distingue entre *muertes directamente intencionadas* y *muertes meramente previstas*. El uso de dosis cada vez mayores de analgésicos, conocido como "analgésia piramidal", se hace a sabiendas de que eventualmente ocasionará la muerte del enfermo. La desconexión del respirador que mantiene con vida al enfermo también es a sabiendas que ello le ocasionará la muerte. Se intenta establecer la distinción entre casos en términos de resultados directamente intencionados, y de consecuencias previstas pero no intencionadas.

5) Suicidio asistido.

En el ***juramento hipocrático*** se sientan las normas morales para el ejercicio de la profesión médica (no suministrar venenos, no instrumentar abortos, etc.), pero la prohibición de asistir a un suicida no fue tomada en cuenta en el ámbito médico hasta fines de un siglo antes de la caída del Imperio Romano (Siglo V), época en que ya se imponen los valores cristianos del respeto a la vida humana.

El ***suicidio*** desde la antigüedad es como una autoliberación: el individuo tomaría la decisión de manera libre y voluntaria, en las mismas circunstancias que podría justificarse la *eutanasia*, es decir, frente a una enfermedad incurable, cuyo sufrimiento resulta insoportable, y donde la persona consciente tiene pleno conocimiento de su padecer y su pronóstico.

Los defensores del ***suicidio médicamente asistido*** (aquel que dispone y ejecuta el propio paciente con la asistencia técnica del médico) creen que debe ser un paso más en la asistencia al paciente terminal.

Las asociaciones pro derecho a morir dignamente no alientan una acción de este tipo, y consideran que el médico no debe abandonar al paciente. Pretenden dar una esperanza a aquellos que les aguardan días de dolor y desesperanza, y que están firmemente decididos a no continuar viviendo. Dicen que saber que se tiene el poder de *parar* puede dar el coraje necesario para *continuar*. Incluso han elaborado guías con información detallada donde desaconsejan los métodos poco seguros o demasiado traumáticos, ya que el objetivo sería una *muerte digna* y responsable, respetando a las personas que quedan.

6) La relación médico- paciente- familia.

- Relación médico-enfermo “paternalista” (tradicional, autoritaria, vertical).
- Relación médico-enfermo “autonomista” (moderna, horizontal).
- La relación con otros agentes: familia, colegas, instituciones de salud, sociedad.

7) Cómo transmitir las malas noticias.

Antes de transmitir una "mala noticia" es imperioso que el médico se pregunte:

- ¿Qué sabe el paciente acerca de su enfermedad?
- ¿Qué pretende saber?
- ¿Qué está en condiciones de saber?

No atender a estas preguntas puede ser una grave imprudencia.

La verdad tiene que ser "adecuada" al paciente en cuestión.

Se le diga al paciente parte de la verdad, se omita el pronóstico ominoso o se llegue a la "mentira piadosa" es imprescindible compartir esta responsabilidad con la familia.

De la mentira piadosa se abusó en el pasado y llegó a convertirse en una conducta habitual del médico ante situaciones graves. Se trata de una excepción a la regla justificada en el respeto a la persona y ante la situación concreta de que el más que se produciría al decirle la verdad puede hasta ser peor que la propia enfermedad. Aquí se privilegia una postura humanitaria.

8)Confidencialidad y secreto médico.

La *confidencialidad* surge del contrato (de hecho) establecido entre el enfermo y su médico. Confidencialidad que debe respetarse aun después que el paciente haya muerto.

El *secreto médico*, además de estar fundado en la Ética, está protegido por la Ley, ya que su violación sin justa causa y el ulterior daño para el paciente configuran un delito.

9) El aborto terapéutico y por anencefalia.

Aborto terapéutico: interrupción del embarazo justificado por razones médicas, como cuando peligra la vida o la salud de la mujer embarazada.

Aborto por feto anencefálico: el embarazo con feto anencefálico o acráneo (carencia más extrema de tejido nervioso y óseo) plantea el dilema de su interrupción para evitar sufrimiento materno, familiar y posiblemente fetal de un ser destinado a su muerte postnatal temprana, con los medios ordinarios de subsistencia.

La discusión ética general se ha hecho suponiendo que ese feto anencéfalo es un ser humano y tendría todas las consideraciones éticas de un feto humano normal. Algunos sostienen que los anencéfalos o los acráneos no tienen la cualidad de seres humanos, por lo tanto no puede homologarse la interrupción del embarazo en estos casos a un aborto.

10)Objetores de conciencia

La objeción de conciencia es un derecho personal.

Artículo 19 de la Constitución Nacional sostiene que nadie obligue a otra persona a actuar en contra de sus convicciones personales más profundas. Rechazo del individuo hacia una conducta que le exige de por ley un determinado cumplimiento. Entre la norma legal que obliga un **hacer** y la norma ética o moral que **se opone** a esa actuación.

Podemos entender a la **objeción de conciencia** como el incumplimiento a una obligación legal, basándose en que dicho cumplimiento lesionaría sus convicciones más íntimas en materia ética, religiosa, moral o filosófica.

11) Paralelismo entre método clínico y método bioético.

La “casuística” y la forma de abordar los problemas y resolverlos son el denominador de ambos métodos.

Quien maneja bien el método clínico no tiene grandes dificultades en manejar el método bioético, claro que se necesita una capacitación básica en la materia.

El abordaje es muy similar en ambas situaciones, que son situaciones particulares y concretas.

En el análisis metodológico, el primer paso es identificar y separar los problemas biológicos que presenta el paciente o el caso a tratar o discutir de los problemas que sean eminentemente éticos.

12) Diferencias entre Moral y Ética.

A menudo ambos términos se utilizan como si fuesen sinónimos.

En contexto filosófico, la **ética** y la **moral** tienen diferentes significados.

La **ética** está relacionada con el estudio fundamentado de los valores morales que guían el comportamiento humano en la sociedad, mientras que la **moral** son las costumbres, normas, tabúes y convenios establecidos por cada sociedad (tradiciones).

La moral no es única, cada grupo humano, cada civilización, cada época está marcada por una moral determinada.

13) Relaciones entre el Derecho médico y la Ética médica.

Toda Ley debe aspirar a ser justa, debe contener un mínimo de ética, pero a menudo los legisladores anteponen intereses que terminan viciando la ley (Sófocles denunciaba la "ley injusta").

Los médicos debemos cumplir con normas legales y con normas morales. La diferencia más importante entre ambas pasa por la "coercibilidad" (recurrir a la fuerza). Las normas morales son de cumplimiento "facultativo".

La principal **diferencia** entre **legal** y **legítimo** es que legalidad hace referencia a algo que se encuentra bajo una realidad concreta, mientras que **legítimo** trasciende más allá de lo **legal**, relacionado de forma directa con el interior de la persona.

Aquello que es legal puede no ser legítimo porque no es justo. La esclavitud fue legal pero no era justa.

Cuando la sociedad percibe que la ley es injusta debe luchar para conseguir el cambio de esa ley y que prevalezca la justicia.

El adjetivo "lícito" significa que es según la justicia y la razón.

14) Conformación de un Comité Hospitalario de Ética y sus alcances en la práctica asistencial.

El comité es un ámbito de resolución de conflictos morales surgidos del acto médico.

La función es asesorar. Aquí no existe mediación, tampoco negociación, simplemente es una tarea consultiva y el *consejo ético* debe quedar asentado en la historia clínica. El dictamen no es convocante, es decir, el médico que llevó el caso al comité no está obligado a cumplir con el dictamen, aunque no cabe duda que en el *consejo ético* está la reflexión de los que integran la institución, y esto representa un fuerte respaldo ante la sociedad y en situaciones de litigio. Los comités están integrados por diferentes profesionales, médicos y no médicos, tienen un carácter interdisciplinario y su opinión es fruto del consenso. Se procura que haya miembros de la comunidad para que los intereses de los pacientes estén representados porque las decisiones correctas serían las que contemplan los puntos de vista de todos.

Mérito de la Bioética es haber señalado la insuficiencia de la mirada médica para abordar muchos problemas espinosos y el empeño de buscar la racionalidad del acto médico.

Entre los objetivos se halla el aprendizaje de una metodología de análisis que permita manejar sistemáticamente los valores morales involucrados en cada caso particular.

Un problema ético debe ser analizado de manera similar a como se procede para abordar un problema médico que exige un diagnóstico o un tratamiento. Este es el gran paralelismo entre el *método clínico* y el *método ético*.

La imperiosa necesidad de la conformación de comités de ética, no solamente para la investigación clínica, sino también para la práctica clínica. Solamente a través de la deliberación moral que puede conseguirse en el seno de los comités pueden, eventualmente, proponerse respuestas prudentes, tomar decisiones razonables en condiciones de incertidumbre.

En la decisión del CHB está la tesitura de la institución, para algunos la "conciencia institucional".

15) Eugenesia clásica y las formas actuales.

La eugenesia goza del descrédito que le alcanza al suicidio, la eutanasia o el aborto. Prácticas con una larga historia que arranca en la antigüedad y llegan remozadas a nosotros por medio de la ciencia.

En Esparta se abandonaba a los recién nacidos y solo sobrevivían los más fuertes. **Platón** opinaba que la reproducción humana debía ser controlada por el Estado. Clásicamente la eugenesia era negativa y coercitiva, ya que limitaba los derechos reproductivos en beneficio de la salud genética de las generaciones futuras, a diferencia de la que se persigue con fines terapéuticos.

El tratamiento preventivo de las enfermedades hereditarias hoy es el principal objetivo. La discusión bioética incluye el diagnóstico preimplantatorio y prenatal, las intervenciones en la línea germinal, la ingeniería genética de mejora, entre otras prácticas dilemáticas.

Es probable que la idea de mejorar la raza humana haya estado siempre presente. Pero lo cierto es que existe una delgada línea roja que separa la eugenesia legítima del sentimiento exacerbado racial como ideología llevada a la práctica.

En Inglaterra **Winston Churchill** fue uno de los principales eugenistas, ya en 1910 siendo Ministro del Interior propuso esterilizar a 100 000 “degenerados mentales” y enviar a otros miles a campos de concentración. Los “débiles mentales” constituían un peligro social. Asimismo fue el inspirador ideológico de la “higiene racial”, llevada a la práctica por **Adolf Hitler**.

Spinoza: para no repetir el pasado había que estudiarlo, y **Shakespeare** añadía que el pasado es un prólogo...

16) Asignación de recursos.

La asignación de recursos al área de salud para la prevención, diagnóstico y tratamiento, y rehabilitación constituye un serio problema.

No existe un acceso equitativo de toda la población al agua o la alimentación. Si se habla en términos biojurídicos de un derecho a la salud, ¿cómo no plantear solucionar necesidades previas como el acceso al agua potable y a la alimentación? La desnutrición sigue siendo un problema en varios países de la región **¿es posible hablar entonces de satisfacer el derecho a la salud solamente en términos puramente biomédicos?** ¿Acceso a diagnósticos y tratamientos solamente? desde luego que no.

Los determinantes sociales de la salud cada vez toman mayor importancia. Esto plantea los grandes retos estructurales que hay que enfrentar, comenzando por un sistema político donde la distribución de la riqueza se haga con equidad, evitando los privilegios e intereses de grupos de poder. Hay que establecer prioridades partiendo de la razonabilidad y proteger a las poblaciones vulnerables y ya vulneradas.

Las necesidades suelen crecer a mayor velocidad que los recursos

17) Orden de no reanimar.

Una orden de no **reanimar** (ONR), es una orden escrita por un médico, donde **se** instruye a los proveedores de atención médica no realizar la reanimación cardiopulmonar (RCP) si la respiración de un paciente cesa o su corazón deja de latir. Que la PCR sea el episodio final de una enfermedad cardíaca o respiratoria crónica, proceso maligno intratable, enfermedad degenerativa en fase final, fracaso multiorgánico, no es ético.

No interferir con el proceso de la muerte, mientras se provee de cuidados destinados a mantener al paciente tan confortable como sea posible (cumplir el objetivo de permitir la muerte en paz).

Indicaciones de maniobras de RCP

No existe una indicación específica, **solo está claro que se trata de un individuo en paro respiratorio y circulatorio**, y el criterio fundamental será la alternativa de reversibilidad. Si no conocemos o existe una duda razonable sobre las características del paciente o del tiempo transcurrido, y circunstancias de la paro cardiorrespiratorio, se debe iniciar la **RCP**. Podemos identificar con precisión otras condiciones:

- Pacientes con signos de muerte biológica.
- El paro como consecuencia final de una enfermedad irreversible de mal pronóstico.
- El paciente ha expresado de forma verbal o escrita el deseo de no recibir RCP.
- El paciente lleva más de 10 minutos en paro sin que se hayan iniciado maniobras, excepto si la causa es asfixia por inmersión e hipotermia.
- Cuando el inicio de maniobras de RCP a un paciente, significa que se deje de dar asistencia a un paciente crítico recuperable.
- El inicio de maniobras de RCP supone un peligro para el reanimador.

Indicaciones para suspender reanimación:

- Tras inicio de RCP se notifica que el paro es resultado de una enfermedad terminal.
- El lugar del paro se encuentra muy lejos del centro de asistencia vital avanzada.
- Intervalo entre el soporte vital básico y el avanzado es $> 30\text{min}$.
- Es un solo reanimador y está exhausto.
- Asistolia refractaria por más de 10 minutos.
- Se logra Reanimación exitosa.

La RCP debe realizarse si está indicada y omitirse si no lo está o si no ha sido previamente aceptada por el paciente, y debe suspenderse si es inefectiva.

Si se previera fútil, se registrará una **ONR**, que deberá ser conocida por los médicos que atienden al enfermo.

Es aceptable limitar el soporte vital a los pacientes con "encefalopatía anóxica", si se descarta la posibilidad de que evolucionen a muerte encefálica.

Tras la RCP se debe informar y apoyar a la familia del paciente, y revisar el procedimiento realizado para mejorarlo. Previa limitación del soporte vital se podría plantear cierto tipo de donación de órganos a corazón parado.

18)Decisiones anticipadas.

También se conoce como “declaración de últimas voluntades”, “directrices anticipadas” o “testamento vital” (*living will*).

Declaración de voluntad que hace un adulto competente , para que en caso de quedar privado de su capacidad, se respete su voluntad ante una situación límite.

Objetivos:

- Privilegiar la autonomía del paciente.
- Facilitar la comunicación entre el equipo médico y el paciente
- Proporcionarle al médico una protección que sea legítima y también un interlocutor válido (representante o tutor) ante situaciones de vida o muerte donde la voluntad del paciente ha sido documentada.

19) Futilidad terapéutica.

Fútil, del latín, *futilis*, significa de escasa importancia; sinónimos: baladí, trivial, insustancial. Lo se pretende significar es que el tratamiento carece de importancia en relación a las consecuencias.

Algunos bioeticistas contraponen la futilidad a la *autonomía*, y sustentan que la futilidad está presente cuando a los pacientes no se los trata como personas, sino con un criterio meramente organicista. También sostienen que la futilidad se da cuando el médico no reconoce que la vida tiene sus límites, que ciertos manejos terapéuticos sin sentido atentan contra la *autonomía* y la *dignidad* de la persona.

La futilidad tiene una doble vertiente: por un lado implica la instrumentación de medidas terapéuticas que serán inútiles con sus diferentes repercusiones (dar falsas esperanzas a la familia, incrementar los costos institucionales, etc), por otro la temida prolongación de la agonía, que sin dudas es mucho más grave.

Toda terapéutica tiene sus límites y el médico debe saber si vale la pena llevar a cabo cierto tratamiento o si conviene abstenerse. Carece de sentido implementar un tratamiento que de antemano se sabe que no va a modificar el curso de la enfermedad, y que incluso le prolongará el tiempo de sufrimiento al paciente.

Un tratamiento fútil es aquel que no va a alcanzar las metas terapéuticas, ya que el fin terapéutico en ese enfermo se ha tornado imposible.

Esta futilidad terapéutica puede entenderse de varias formas:

1. Fracaso para prolongar una vida en condiciones dignas (libre de síntomas).
2. Fracaso para satisfacer los deseos o los pedidos del paciente.
3. Fracaso para lograr que los medicamentos tengan los efectos fisiológicos esperables.
4. Fracaso para obtener resultados terapéuticos que sean racionalmente aceptables.

La polémica gira en torno de si ciertos tratamientos son válidos o no para un paciente determinado, un hecho fundamentalmente clínico. Se pretende que el beneficio que se alcance con el tratamiento sea un beneficio global y no puramente de un órgano, en este caso también existe futilidad, lo mismo si el tratamiento preserva el estado de inconsciencia del individuo.

Ej. el informe que le brinda un médico a la familia del paciente: "el corazón funciona mejor, se restablece del infarto, claro que quedará con un estado vegetativo permanente".

20) Protocolos de investigación en seres humanos con drogas.

Una investigación científica que implique experimentar con seres humanos exige el cumplimiento de ciertas normas bioéticas, resultantes de una larga historia.

El verbo "experimentar" estuvo y está presente prácticamente en casi todos estos trabajos científicos, estudios o protocolos de investigación. Para la RAE experimentar significa: "**Probar o examinar la virtud y propiedades de algo**"; otra acepción es "**...hacer operaciones destinadas a descubrir, comprobar o demostrar determinados fenómenos o principios científicos**".

Una cosa es el conocimiento científico y otra cómo se obtuvo ese conocimiento. Gran parte del saber científico que hoy está vigente no fue obtenido bajo estrictas normas éticas. El accionar del médico, en su papel de terapeuta como en el de investigador clínico, está regido por el **principio de beneficencia**, ya que en última instancia lo que se persigue es el bien del paciente.

Para buena parte de la sociedad la experimentación con seres vivos debería limitarse sólo a prácticas que se realicen con cobayos u otros animales de experimentación, no está bien visto que se empleen a los seres humanos.

De allí que **experimentación y seres humanos constituyan una relación conflictiva**, y habitualmente se recurren a eufemismos para suavizar la explicitación de este tipo de investigaciones.

La realidad es que **el organismo del animal no es similar al organismo del hombre**, de allí la necesidad de que en las distintas fases progresivas de la investigación con un fármaco sea necesario recurrir a los seres humanos. Por otra parte, hoy se defienden los derechos de los animales y esto implica una serie de deberes que también tenemos para con ellos.

Antes de nuestra era, el Rey Atalo III de Pérgamo (fallecido en el 133 a.C.), con la intención de experimentar, utilizó veneno y antídoto en criminales condenados a muerte...

El empleo de seres humanos “particularmente vulnerables” ha sido una constante en la historia de la investigación médica (pacientes psiquiátricos, presos, individuos pobres, etc.).

Claude Bernard publicó en 1865 su obra ***Introducción al estudio de la Medicina Experimental***, que se convirtió en un canon metódico. **Louis Pasteur** inoculó con su vacuna antirrábica (1885) a un joven que había sido mordido 14 veces por un perro rabioso, y tuvo éxito.

Entre fines del Siglo XIX y principios del Siglo XX surgió una medicina cuya terapéutica procuraba asentarse en “*evidencias experimentales*”. Por ello las experimentaciones en seres humanos se multiplicaron, había un gran entusiasmo por alcanzar el progreso científico, y se llegó a incurrir en abusos inaceptables, como los cometidos por médicos del Tercer Reich en los campos de concentración.

En 1931, el sanocrysin (biosulfato doble de oro y sodio) fue comparado con la administración de agua destilada en el tratamiento de pacientes tuberculosos. Los protocolos clínicos con placebo siempre dieron lugar a controversias, pero el **placebo** resulta necesario.

Hoy el **Código de Nüremberg** es considerado el documento más importante de la historia de la ética en la investigación médica, y sirvió de base a la **Declaración de Helsinki** (1964) y sus sucesivas enmiendas, como también a otros importantes documentos deontológicos.

Varios años después de la promulgación del **Código de Nüremberg**, la **Asociación Médica Mundial** a través de la **Declaración de Helsinki** apuntó a que la profesión médica autorregulase estas investigaciones con seres humanos por medio de un control ético, impidiendo así que el tema saliera del ámbito de la medicina, algo que fracasó, bástenos con observar las serias transgresiones que se produjeron y se siguen produciendo. También es evidente que el enfoque de estos dos documentos fue radicalmente diferente.

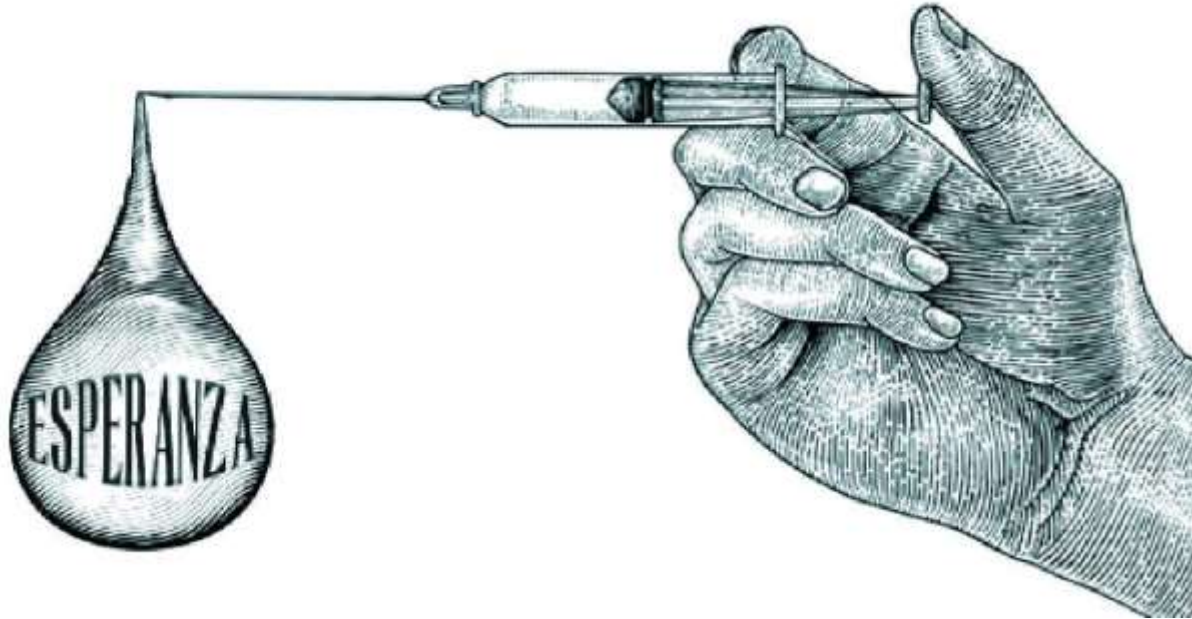
El Código de Nüremberg, tan citado en diferentes declaraciones, ha sido algo muy distante para los médicos, ya que surgió de un juicio por actos criminales, y la profesión médica más allá del afán de investigar nunca aceptó estos delitos.

Hoy en materia de investigación con seres humanos existe un “**doble estándar**”, es decir, normas procedimentales rígidas para los países ricos y normas laxas para aquellos países en vías de desarrollo. Por consiguiente, las empresas promotoras de estas investigaciones realizan las mismas en aquellos países que tienen normas “flexibilizadas”, donde los controles y la vigilancia ética carece del rigor que existe en los países ricos, revelando así una hipocresía que compromete a instituciones gubernamentales y grandes empresas.

21) Nuevas vulnerabilidades (algunas).

- **Derechos de la mujer.**
- **Enfermedades infectocontagiosas (pandemia)**
- **Clonación**
- **Epigenética**
- **Eugenesia**
- **La tortura y la guerra**
- **Economía, negocios y empresas**
- **Ética frente a los animales.**

GRACIAS



Prof. Dr. Roberto M. Cataldi Amatriain

- ***Doctor en Medicina por la Universidad Nacional de La Plata y por la Universidad Complutense de Madrid***
- ***Neumonólogo y Gastroenterólogo por la Universidad Complutense de Madrid***
- ***Profesor Consulto de Medicina Interna (USAL)***
- ***Director de Residencias Médicas Hospitalarias***
- ***Presidente de la Academia Argentina de Ética en Medicina***