

Revista Vectores de Investigación

Journal of Comparative Studies Latin America

ISSN 1870-0128

ISSN online 2255-3371

Sergio López Moreno, Carolina Manrique Nava, Diana Alejandra Flores Rico, Manuel Hernández Reyes, Jesús González Martínez

UNA EXPLORACIÓN DE LAS POSTURAS FILOSÓFICAS DEL PERSONAL OPERATIVO DE SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA SALUD ANTE DILEMAS BIOÉTICOS: CIUDAD DE MÉXICO

A STUDY ABOUT PHILOSOPHICAL ATTITUDES OF THE HEALTH-CARE SERVICES OPERATIONAL STAFF FACING BIOETHICAL DILEMMAS: MEXICO, CITY

Vol. 5 No. 5, 53-6 pp.

Sergio López
Moreno, Carolina
Manrique Nava,
Diana Alejandra
Flores Rico,
Manuel
Hernández Reyes,
Jesús González
Martínez

*Universidad
Autónoma
Metropolitana
Xochimilco (UAM-
X), Centro de
Investigaciones
Económicas,
Administrativas y
Sociales, Instituto
Politécnico
Nacional (CIECAS-
IPN)*

*Palabras claves:
filosofía, bioética,
México*

Una exploración de las posturas filosóficas del personal operativo de servicios de atención a la salud ante dilemas bioéticos: ciudad de México

A STUDY ABOUT PHILOSOPHICAL
ATTITUDES OF THE HEALTH-CARE SERVICES
OPERATIONAL STAFF FACING BIOETHICAL
DILEMMAS: MEXICO, CITY

ENVIADO 6-6-2012/ REVISADO 30-7-2012

ACEPTADO 23-8-2012

RESUMEN En la actualidad las instituciones de salud tienen como objetivo vigilar y promover el compromiso de respecto a los derechos de los pacientes, pero muchos de los problemas ético-clínicos no provienen directamente de la

relación profesional de la salud-paciente, sino de otros dos factores importantes: los problemas institucionales y los problemas éticos planteados por las políticas y sistemas de salud.

ABSTRACT Nowadays health institutions aim is to monitor and promote commitment for the patients' human rights. However, most of the ethical-clinical problems do not derive directly from the health-patient professional relation but from other two major factors: institutional and ethical problems both established by the politics and health system itself.

1 Antecedentes

La humanidad necesita con urgencia un nuevo saber que proporcione el "conocimiento de cómo usar el conocimiento" para la supervivencia humana y la mejora de la calidad de vida. [...] Una ciencia de la supervivencia debe ser algo más que una ciencia y, por lo tanto, propongo el término 'bioética' para poner de relieve los dos elementos más importantes para alcanzar un nuevo saber que se necesita desesperadamente: conocimiento biológico y valores humanos (Potter, 1970).

Este fragmento de Potter forma parte de uno de los textos fundacionales de la bioética. En el año 1970, Van Rensselaer Potter (1911-2011), oncólogo de la Universidad de Wisconsin (Madison), publicó el artículo “Bioethics, the science of survival” el cual le valió la paternidad del término “bioética”. Como dice Francesco Bellino, “la bioética tiene una paternidad y una fecha de nacimiento”.

Un año más tarde, en 1971, Potter publicó propiamente el primer libro de la disciplina, bajo el título *Bioethics. Bridge to the future*, donde intentaba crear un puente de diálogo entre el saber biológico y los valores humanos. Y a este puente de diálogo, a este nuevo saber, Potter lo denominó “bioética”. El autor participaba de la preocupación de algunos ecologistas norteamericanos por el equilibrio del ecosistema, equilibrio que consideraba indispensable mantener y promover si no se quería poner en peligro la supervivencia de la humanidad.

Sin embargo, esta visión de Potter, de considerar la bioética como una ética global centrada en la supervivencia humana, en el medio ambiente y en los problemas de crecimiento de la población —bioética ecológica—, no cuajó y quedó relegada a segundo término. En el año 1975, Potter ya lamentaba que la bioética quedara reducida solamente a ser una rama de la ética aplicada, a ser “bioética clínica” (Mir, Busquets, 2011: 1-7)

En la actualidad las instituciones de salud tienen como objetivo vigilar y promover el compromiso de respeto a los derechos de los pacientes (Ministerio de salud, 2007), pero muchos de los problemas ético-clínicos no provienen directamente de la relación profesional de la salud-paciente, sino de otros dos factores importantes: los problemas institucionales y los problemas éticos planteados por las políticas y sistemas de salud.

Es en este ámbito que la bioética debe afrontar tanto la promoción de la ética institucional como el control desde la ética social de las políticas públicas de salud y de la evolución del propio sistema de salud, así como de las relaciones y adecuación entre el sistema y las exigencias y necesidades de la sociedad. Esto puede lograrse dando contenido a los principios de la bioética y buscando una fundamentación complementaria de las visiones éticas, al menos de las que promueven principios universalizables. No basta con una aplicación superficial de los cuatro principios clásicos, entendida en muchas ocasiones desde el individualismo liberal dominante, para asegurar en nuestros países el respeto a los derechos o la mejora de la situación vulnerable de gran parte de la población (León, 2009).

Ricardo Maliandi ha propuesto recientemente un desarrollo de los principios éticos en el área de la biotecnología, en el cual la no-maleficencia y beneficencia serían el principio de precaución en la exploración genética, el de justicia sería el de no-discriminación genética y la autonomía el de respeto por la diversidad genética (Miliandi, 2006).

De acuerdo a lo anterior se considera que es necesario desarrollar principios secundarios o intermedios para delimitar y concretar en la práctica los cuatro grandes principios generales. ¿Qué es la justicia en un caso ético-clínico concreto? Puede ser respeto a un derecho, protección de un pacien-

te vulnerable o no discriminar de modo injusto los recursos en una decisión de limitación de tratamientos.

Además, diferenciar estos principios que salvaguardan los derechos y los deberes –y nos muestran las virtudes necesarias para la acción y decisión ético-clínica– de aquellos que son instrumentales en la toma de decisiones: los principios de proporcionalidad, totalidad, subsidiariedad, doble efecto, imparcialidad (el “observador imparcial”), buscar lo mejor de interés del paciente, subrogación de la autonomía, mediación –que lleve a buscar siempre una solución de consenso racional político en lugar de la imposición en casos de conflicto–, todos ellos son importantes para los modelos de toma de decisiones o análisis de casos ético-clínicos, pero no tienen que ver directamente con la protección de los derechos, promoción de los deberes y virtudes necesarias en el ámbito biomédico (León, 2009).

Los trabajadores de instituciones de salud se enfrentan diariamente a situaciones de orden ético en donde deben de plantearse a sí mismos y en su relación con los pacientes la toma de decisiones ante circunstancias de no fácil solución, es decir, se enfrentan a dilemas éticos.

El método de la ética clínica, los juicios morales, como los médicos, son primariamente empíricos y concretos. En ellos se cumple el principio de que la realidad concreta es siempre más rica que nuestros esquemas intelectuales y que, por tanto, los desborda. De ahí que el procedimiento de toma de decisiones no pueda consistir en una pura ecuación matemática, sino en el análisis cuidadoso y reflexivo de los principales factores implicados. Esto es lo que técnicamente se conoce con el nombre de «deliberación». Hay deliberación clínica, aquella que el profesional sanitario realiza siempre que se encuentra ante un paciente concreto, y hay deliberación ética. La deliberación ética no es tarea fácil. Hay profesionales que toman decisiones en acto reflejo, rápidamente, sin pasar por el largo proceso de evaluación del paciente. Esto se suele justificar apelando al llamado «ojo clínico». Del mismo modo que hay personas que creen poseer ojo clínico, hay otras muchas que se creen dotadas de «olfato moral». Éstas consideran que saben la respuesta ya de antemano, sin necesidad de deliberación. Ello se debe, la mayoría de las veces, a inseguridad y miedo ante el proceso de deliberación. Por eso puede decirse que el ejercicio de la deliberación es un signo de madurez psicológica. Cuando las personas se hallan dominadas por la angustia o por emociones inconscientes, no deliberan las decisiones que toman, sino que actúan de un modo reflejo, automático, pulsional. Sólo quien es capaz de controlar los sentimientos de miedo y de angustia puede tener la entereza y presencia de espíritu que exige la deliberación. Las emociones llevan a tomar posturas extremas, de aceptación o rechazo totales, de amor o de odio, y convierten los conflictos en dilemas, es decir, en cuestiones con sólo dos salidas, que además son extremas y opuestas entre sí. La reducción de los problemas a dilemas, es por lo general, producto de la angustia. La deliberación busca analizar los problemas en toda su complejidad. Eso supone ponderar tanto los principios y valores implicados como las circunstancias y consecuencias del caso. Por otra parte, el curso óptimo de acción no está generalmente en los extremos, sino en el medio o cercano a él (Gracia, 2001).

2 Dilemas bioéticos

56

La decisión en cuanto a la indicación, realización o suspensión de procedimientos diagnósticos o terapéuticos en enfermos moribundos no siempre es fácil, dada la gama de circunstancias que ocurren en estos pacientes, lo que en los últimos años se ha incrementado por el vertiginoso avance científico y tecnológico, que muchas veces supera la capacidad del médico para comprenderlo y adiestrarse en su uso. Estas decisiones no sólo corresponden al médico, en ellas deben participar el enfermo cuando consciente y orientado, sus familiares o la persona responsable, autoridades sanitarias, civiles o judiciales y los Comités de Bioética Hospitalarios (Gutiérrez-Samperio, 1996). Los lineamientos generales de conducta los establecen los Comités Estatales, Nacionales y el Comité Internacional de Bioética (CIB) (Lisker, 1995).

Los principales dilemas bioéticos en las personas gravemente enfermas o en fase terminal, dilemas de conducta en relación con la muerte cuya solución no es única, son el encarnizamiento terapéutico, eutanasia pasiva y activa, suicidio asistido, ortotanasia y trasplante de órganos.

El Encarnizamiento terapéutico, también llamado distanasia, lleva implícito un componente de ensañamiento o crueldad, ocurre cuando el avance científico y tecnológico supera su regulación legal y ética. Los enfermos graves o en estado crítico generalmente se encuentran en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) en las cuales tanto en los enfermos recuperables como no recuperables se utilizan aditamentos y equipo sofisticado en diferentes procedimientos diagnósticos y terapéuticos: catéteres arteriales y venosos, sondas, monitores, respiradores, bombas de infusión, transfusiones, nutrición parenteral, antibióticos y drogas vasoactivas, por mencionar algunos. Todas estas medidas no son inocuas, con frecuencia son invasoras, tienen riesgo, pueden ocasionar molestias y complicaciones, las que a su vez dan lugar a nuevas complicaciones que puedan terminar con la vida del enfermo (Gutiérrez-Samperio, 2000).

En la distanasia o encarnizamiento terapéutico se insiste en la aplicación de medidas desproporcionadas, cuyo beneficio real es poco probable en pacientes graves, los que de acuerdo con la experiencia previa e índices pronósticos son considerados terminales o no recuperables, se continúan aplicando estas medidas fútiles a pesar de las molestias, riesgo, costo económico y moral, conducta que no tiene justificación técnica ni ética. El ingreso mismo de los enfermos a la UCI puede constituir una distanasia cuando por el número y gravedad de las insuficiencias de órganos funcionales existen pocas probabilidades de recuperación.

El respeto a la dignidad del enfermo con la aplicación de medidas sencillas con el menor riesgo, costo y molestias posibles, evita el encarnizamiento terapéutico, lo que se denomina adistanasia, que permite una muerte con dignidad (Gutiérrez-Samperio, 1999), estos pacientes pueden tratarse en hospitalización, cuartos aislados y aún en su domicilio.

Eutanasia, el término eutanasia por su etimología significa “buena muerte”,

lo que no es del todo apropiado, a pesar de que en determinadas circunstancias la muerte debe aceptarse desde el punto de vista técnico, social y moral, no es aceptable el deseo o precipitación de la misma, lo que lleva implícito en primer lugar la voluntad orientada hacia la muerte y en segundo término la acción que la desencadena.

Eutanasia pasiva, su motivo y justificación puede ser evitar molestias, dolor o sufrimiento al paciente, no se ejecuta ninguna acción ni se aplica ningún procedimiento o medicamento que termine con la vida del enfermo (Migone, 2000). En la eutanasia pasiva en pacientes terminales con patología avanzada, la que de acuerdo con la valoración clínica e índices pronósticos se considera irreversible, se retiran todas las medidas extraordinarias o desproporcionadas, las que representan un riesgo para el enfermo y le producen incomodidad, dolor o sufrimiento, las que se consideran fútiles al no esperarse ninguna respuesta favorable, sin embargo se debe continuar con las medidas ordinarias o proporcionadas, medidas de sostén habituales que actúan como paliativos, alimentación, hidratación, movilización, aseo, fisioterapia, dejando que la enfermedad tenga su evolución natural, aunque muchas veces es difícil establecer la diferencia entre medidas proporcionadas y desproporcionadas (Gutiérrez-Samperio, 1999) y (Migone, 2000).

La eutanasia pasiva puede ser solicitada por el mismo paciente, o sus familiares, quienes manifiestan el deseo de no ingresar a la UCI ni ser sometidos a maniobras de resucitación cardiopulmonar, puede ser expresado por el enfermo antes del inicio de la enfermedad, a lo que se ha denominado “testamento en vida” en el que se invoca el derecho a la muerte o muerte con dignidad, (Gutiérrez-Samperio, 1999) y (Calabro, 2000), todo lo anterior continua siendo un dilema bioético, se relaciona con la adistanasia a la que ya nos referimos con anterioridad.

Eutanasia activa, comprende todas las medidas encaminadas a terminar con la vida del enfermo, mediante la aplicación de un procedimiento o medicamento que suprime la función cardio-respiratoria y encefálica, con la supuesta justificación de suprimir el dolor o sufrimiento del paciente, no es aceptable desde el punto de vista legal ni ético (Arellano-González, Vázquez-Guerrero, 1996). Existen algunas circunstancias que son motivo de reflexión para colocar a la eutanasia en su verdadero lugar moral y ético ¿Se puede considerar a la pena de muerte como una eutanasia social? ¿El aborto por alteraciones congénitas evita una vida miserable, es una forma de eutanasia?, o ambas constituyen un homicidio, a pesar de estar legalizado en algunos países (Calabro, 2000) y (Arellano-González, Vázquez-Guerrero, 1996). La solicitud por parte del enfermo o sus familiares de la aplicación de procedimientos o medicamentos letales, en enfermos en fase terminal de padecimientos crónicos como insuficiencia renal, insuficiencia cardio-respiratoria, cirrosis, tumores malignos avanzados o el síndrome de inmunodeficiencia adquirido (SIDA), o bien pacientes con padecimientos agudos portadores de insuficiencia órgano funcional múltiple sin respuesta a las medidas de terapia intensiva, cada vez es más frecuente, sobre todo en países donde legalmente es aceptada como Holanda, Australia o Estados de la Unión Americana como Oregon (Calabro, 2000) y (Miranda, 1996).

La petición y aplicación de la eutanasia activa pretende su justificación basándose en la autonomía y calidad de vida del enfermo, se relaciona con la libertad del paciente y derecho a morir, sin embargo, la muerte es parte de la vida que constituye una situación condicionante previa, por lo que derecho a la vida tienen primacía, por otra parte, la beneficencia debe prevalecer sobre la autonomía, razón de más si consideramos las condiciones de estos enfermos, su capacidad de comprensión, juicio y raciocinio, lo que también influye en los familiares (Miranda, 1993).

Suicidio asistido, en el que por voluntad del enfermo y de conformidad con sus familiares o persona responsable, el enfermo generalmente con una enfermedad penosa decide acabar con su vida, para lo cual el médico o un integrante del equipo de salud le proporciona los medios para lograrlo, pero es el mismo paciente quien pone en marcha el mecanismo para infundir la solución con el o los medicamentos letales, un hipnótico, un opiáceo y/o cloruro de potasio. Desde el punto de vista legal y ético hay poca diferencia con la eutanasia activa, no se acepta legal ni éticamente, en algunas legislaciones se considera como complicidad en un homicidio (Calabro, 2000), en Holanda, Australia y el estado de Oregon en los Estados Unidos ya se ha legalizado.

Trasplante de órganos, en la sustitución de tejidos y órganos está implícita la participación de un donador, el que en forma voluntaria y casi siempre altruista dona un tejido (sangre, piel, médula ósea) o un órgano (córnea, riñón, hígado, corazón, pulmón) para el trasplante a un receptor. El trasplante de órganos se relaciona con la muerte del posible receptor si no recibe oportunamente el órgano y del donador vivo o cadavérico. El donador vivo casi siempre es un familiar genéticamente relacionado, o una persona extraña con la que exista histocompatibilidad, este tipo de donación es legal y éticamente aceptada, no obstante que está prohibida la venta de órganos para trasplantes, no es raro que el donador utilice la pérdida de su órgano o parte de él para obtener beneficio del enfermo y su familia, llegando a ejercer un verdadero chantaje moral, por lo que se le debe hacer una valoración socioeconómica y psicológica (Garza, 1999). El donador vivo de un órgano par como riñón o parte de un órgano impar como hígado o páncreas puede presentar complicaciones, inclusive morir, por lo que también se requiere que antes de la obtención del órgano se le proporcione la información verídica y completa en cuanto al riesgo, que exista un consentimiento informado (Arellano-González, Vázquez-Guerrero, 1996).

En la preservación y posterior desarrollo de embriones para la obtención de órganos para trasplantes, la clonación, contar con donadores relacionados, así como el cultivo de células madre para el desarrollo de órganos para trasplantes, se mezcla la ciencia ficción con la realidad y el desarrollo de la tecnología en el futuro, pero la perspectiva bioética es clara al proscribir dichos procedimientos (Lisker, 1995), (Gutiérrez-Samperio, 1999) y (Arellano-González, Vázquez-Guerrero, 1996).

El donador cadavérico pudo haber expresado en vida su deseo de donar sus órganos para trasplante, de no ser así serán los familiares, las personas responsables o las autoridades civiles las que autoricen la obtención de órganos de acuerdo con la Ley General de Salud, cuya modificación consi-

dera a toda persona muerta como un donador tácito, como un donador potencial siempre y cuando no haya expresado previamente su voluntad de no donar sus órganos, considerando el derecho sobre el cuerpo del paciente y del posible donador, tomando en cuenta el valor social del cadáver. En la determinación de la muerte encefálica del posible donador participa un grupo de médicos que no pertenece al equipo de trasplantes y se continua proporcionando todas las medidas de sostén hemodinámicas, respiratorias y farmacológicas para tener una buena perfusión tisular, lo que casi siempre se lleva a cabo en la Unidad de Cuidados Intensivos (Garza, 1999).

Por los avances de la ciencia es posible realizar el procedimiento espectacular del trasplante de órganos, aceptado por las normas legales y éticas, las que prohíben realizarlo cuando no se cuenta con la debida preparación ni con todos los recursos. En el quirófano se acaba con una vida ciertamente vegetativa, para recuperar, mejorar las condiciones y duración de otra, por lo que puede considerarse como una extensión de la vida del donador cadavérico, por otra parte surge la pregunta ¿La obtención de órganos no constituye una forma de eutanasia activa del donador, aunque esta se lleve a cabo en beneficio de otro ser humano, el receptor?

Reproducción asistida es el conjunto de procedimientos y/o manipulaciones encaminadas a tratar la esterilidad en parejas, salvando adecuadamente los obstáculos aparentes para que se produzca la fecundación. Las técnicas de reproducción asistida han venido a solucionar problemas reproductivos de las parejas hetero y homosexuales e incluso de mujeres solas, que por el deseo de ser madres, se someten a estos procedimientos. Si bien el derecho a la reproducción es un derecho fundamental, no es menos importante el derecho que tiene el individuo por nacer, por lo que se hace necesario valorar las condiciones para que el “futuro hijo” se desarrolle en un ambiente familiar favorable. Los dilemas bioéticos de este asunto se centran en cumplir y respetar los mínimos en el manejo de embriones para reproducirlos bajo condiciones de criopreservación, dado que el embrión no el “algo” sino “alguien”, es persona porque adquiere la forma de pertenencia de sí. Las preguntas que se hacen algunos juristas al respecto son: ¿Podemos tratar a los embriones como medios y no como fines en sí mismos?, ¿Cuál es el destino final que tendrán los embriones criopreservados?, ¿A quién pertenecen los embriones?, son preguntas que deben tener respuesta veraz y oportuna y que es parte de la responsabilidad de la sociedad comprometida (Quiyono, 2011).

Estos temas, entre otros, son los que se trataron de averiguar entre el personal/profesional de atención a la salud, identificar cuáles son sus posturas éticas ante situaciones de conflicto y ante las cuales deben tomar una actitud y decisiones es de gran interés, pues además de que en México no se dispone de esta información, será de gran utilidad el conocer cómo piensan, qué actitudes pueden tomar y con ello proponer acciones que se requieran para la formación académica y/o actualización en el tema de la bioética.

3 Resultados

En esta investigación se realizaron 82 encuestas en 2 hospitales y un centro

Centro de Investigación CIECAL, CIECM-CICUSXXI / **Revista Vectores de Investigación 5** de salud siendo parte de la Secretaría de Salud Pública del Distrito Federal, la muestra consistió en 31 hombres y 51 mujeres que van de los 20 años hasta más de 56 teniendo una mayor concentración de edad en el rango de 41-45 años con un 21.2%, seguidos por los del grupo de 31-35 años con 18.8% y por los de 36-40 años con 16.5%.

De acuerdo al número y tipo de profesión, la población de estudio se organiza de la siguiente forma:

Tabla 1. Población de estudio

Profesiones	No.	%
Enfermería	29	35.9
Medicina	23	28.3
Nutrición	3	3.7
Odontología	2	2.5
Trabajo social	10	12.3
Laboratoristas/Químicos	12	14.8
Veterinaria	1	1.2
Biología	1	1.2
Total	81	100

Fuente: Elaboración propia.

Siendo la mayoría egresados de la UNAM con el 35.3%; el 14.1% del IPN al igual que los egresados de los CETIS y la ENEO cada una refiere 10.6% y 25.9% correspondió a otras. Del total de encuestados el 36.5% concluyeron sus estudios de la licenciatura, 35.3% terminaron carrera técnica y el 28.2% concluyeron algún estudio de posgrado.

En cuanto a su situación personal, actualmente el 67.1% está casado o con pareja, el 27.1% se encuentra soltero, el 3.5% separado y el 2.4% viudo. El 12.1 % no tienen hijos, el 29.4% tiene 1 hijo, el 40% tienen 2 hijos y el 12% refirió tener más de 2 hijos. El 71.8% tiene casa propia, el 35.3 % tienen tres dormitorios en su casa, el 23.5% cuentan con 2 dormitorios, el 34.1% cuentan con más de 4 dormitorios, y el 3.5% con 1 dormitorio.

El 70.6% respondieron que profesan el catolicismo, el 11.8% ninguna religión, el 4.7% cristianos y, el resto profesan alguna otra religión.

En cuanto el conocimiento sobre bioética sólo el 20% ha cursado algún tipo de asignatura de bioética, de ellos el 8.2% ha cursado diplomado, 8.2% talleres y el 3.5% seminarios y, sólo el 16.5 % consideran que les fue provechoso en su práctica laboral.

Desde el punto de vista de los profesionales de salud, una persona responsable debería procurar para sí: la capacidad de actuar justamente (67.1%), realización profesional (7.1%), amor a su país (4.7%), seguridad económica (2.1%) y otros (8.2%).

En relación al lugar de trabajo el 84.7% de los trabajadores pertenecen a la Secretaría de salud, 5.9% están contratados por el Seguro popular y el resto pertenecen a otras instituciones; además el 14.1% de la población encuestada trabaja actualmente en alguna institución privada y el 41% tienen la experiencia de haber trabajado o estar trabajando en una institución priva-

da.

La antigüedad como profesionales de salud va desde menos de año hasta más de 31 años, el 32.9% refirió tener de 6-10 años de antigüedad laboral, seguido por el 18.8% con una antigüedad de 21 a 25 años, 17.6% con 0 a 5 años, 12.9% de 16 a 20 años.

3.1 Interrupción voluntaria del embarazo (IVE)

El 90.6% de la muestra menciona conocer que es la IVE, del total de la población de estudio, el 77.6% refirió hablar abiertamente sobre lo correcto o incorrecto de la IVE, el 70.6% respondió que están totalmente de acuerdo con la IVE un si en el producto se detecta una enfermedad incompatible con la vida, el 74.1% está de acuerdo con la IVE si el embarazo es resultado de una violación, 34.1% si la embarazada considera imposible brindarle al bebé los medios para tener una vida digna, 37.6% simplemente si la embarazada así lo decide. El 50.6% considera que es aceptable la IVE.

El 43.5% considera que embarazadas de mayores de 18 años, la IVE es una decisión exclusiva de ella, por otro lado el 35.3% lo considera una decisión compartida de la embarazada y su pareja, mientras que el 22.1% lo considera inaceptable. La IVE en menores 18 años se considera por el 52.9% como una decisión que deben de tomar en conjunto los padres y la embarazada, para el 20% es solo una decisión de la embarazada, para el 3.5% es una decisión exclusiva de los padres de la embarazada y finalmente para el 11.8% es inaceptable.

Para el caso de embarazadas de 12 años o menos, el 47.1% considera que la decisión de la IVE corresponde tanto a los padres como a la persona embarazada, el 28.2% lo considera una decisión exclusiva de los padres de la embarazada, mientras que el 10.6% lo considera como una decisión exclusiva de la embarazada y el 8.2% lo considera inaceptable en cualquier caso.

Resalta que el 78.8% de los trabajadores de la salud mencionan que el IVE es un derecho, por lo que como profesionales de la salud un 10.6% comentan que participarían en una IVE sin ninguna condición y el 51.8% solo si la IVE esta despenalizada y finalmente, el 23.5% mencionó haber participado en una IVE.

El 71% menciona estar dispuesto a contestar preguntas sobre su experiencia personal sobre la IVE, el 68.2 % comentan no haber recurrido a una IVE mientras que el 12.9% si lo ha hecho, por otro lado, el 52.9% comentan que en caso de un embarazo no deseado aceptaría el embarazo y el 28.4% recurrirían a la IVE.

3.2 Consentimiento informado

El 60% de los profesionales de la salud encuestados mencionan estar en desacuerdo (respectivamente) con la administración de un tratamiento, aunque sea capaz de salvarle la vida a un paciente sin su consentimiento. Asimismo un 76.4% está en desacuerdo con las investigaciones extraordinariamente importantes para la ciencia (por ejemplo, la cura del SIDA) pues

Centro de Investigación CIECAL, CIECM-CICUSXXI / *Revista Vectores de Investigación* 5
consideran que se pueda realizar la investigación aún sin el consentimiento de los sujetos participantes.

62

3.3 Voluntades anticipadas (eutanasia)

El 38.8% están totalmente de acuerdo con que los pacientes terminales deberían tener legalmente derecho a recibir asistencia para acelerar su muerte, el 20% están de acuerdo. El 88.2% creen más importante conservar la calidad de vida de un paciente a prolongar la vida de los pacientes mediante cualquier procedimiento disponible, aunque sobrevivan con una mala calidad, en un 85.9% consideran que se debe privilegiar la voluntad de los pacientes terminales y no la de terceras personas.

3.4 Manipulación de embriones

El 77.6% consideran aceptable la fecundación in vitro, el 40% respondieron que el embrión humano antes de la semana 12 de gestación es un ser humano a quien deben otorgársele los mismos derechos que a una persona, el 30.6% de los profesionales respondieron que no se debe permitir la manipulación de embriones, el 44.7% no donaría sus gametos ni para experimentación científica o cultivo de embriones para personas infértiles contra un 31.8% que donarían sus gametos para cultivo de embriones para personas infértiles, un 2.4% donarían sus gametos para experimentación científica y un 18.8% que los donaría tanto para experimentación científica y cultivo de embriones. Así como, el 65.9% no considera aceptable la clonación.

3.5 Eutanasia activa

Para el 50.6% de los profesionales de la salud es aceptable desconectarlo de los aparatos que le proporcionan vida artificial a un paciente con muerte encefálica, el 41.2% sólo si el paciente lo solicitó antes.

3.6 Pena de muerte

El 58.8% de los profesionales de la salud están a favor de la pena de muerte, el 14.1% en contra y un 24.7% no lo ha pensado. Pero sólo el 22.4% participaría en la ejecución de una pena de muerte con el fin de disminuir el sufrimiento del ejecutado, mientras que el 52.9% no lo haría.

3.7 Eutanasia

Los profesionales de la salud en un 74.1% están de acuerdo con que la eutanasia activa se debería permitir en casos de enfermedad terminal con gran sufrimiento, y en caso de la eutanasia pasiva están de acuerdo un 60%.

Los trabajadores de la salud consideran que la eutanasia activa es aceptable en un paciente terminal en coma irreversible si lo solicitó previamente, aunque sea menor de edad, el 60% los profesionales de la salud están de

acuerdo; con la eutanasia pasiva está de acuerdo un 58.8%.

3.8 Voluntad anticipada

Sólo el 41.2% de los profesionales de la salud conoce la ley de voluntad anticipada para el Distrito Federal (publicada el 7 de enero de 2008) y 45.9% considera que si el personal de salud no está de acuerdo en participar en todos los procedimientos que realice su institución (eutanasia o IVE, por ejemplo) aunque contravengan su postura personal, se debe de respetar.

3.9 Donación de órganos

El 85.9% están de acuerdo con la donación de órganos, pero no con la comercialización de los mismos en 88.2% y con 48.2% en el cultivo de embriones para formar órganos humanos; mientras que un 29.4% están de acuerdo con el cultivo. En cuanto al trasplante de órganos animales a los seres humanos sólo el 35.5% están de acuerdo con ellos.

3.10 Adopción

El 49.4% consideraron que las parejas del mismo sexo no deben tener el mismo derecho de adoptar hijos que los heterosexuales, mientras que el 36.5% piensan que deberían ser iguales. En el caso de las personas mayores de 60 años el 62.5% piensan que no tiene el mismo derecho a adoptar, que parejas de 30 años.

3.11 Salud pública

El 40% de los profesionales de la salud opinan que la ocurrencia de 2 millones y medio de muertes anuales en el mundo por falta de medicamentos es un problema de naturaleza, económica, mientras que el 32% considera que es de naturaleza política 32.9% y 20.1% considera que se debe a otras razones. Por otro lado el 72.9% considera que los programas de salud pública deberían ser decididos por los expertos médicos, el 14.1% considera que deberían ser resueltos por la población y el 8.3% por otras personas.

El 71.8% considera que las personas que deciden cuales programas de salud se ponen en marcha en un país deberían responder ante la ley por las consecuencias de su operación y el 69.4% que las actividades sanitarias derivados de los programas de salud pública que pueden tener un beneficio inmediato, pero si representan un daño potencial a largo plazo, no se deben llevar a cabo.

El 65.9% de los profesionistas encuestados está a favor de que la investigación para tratar un problema de salud pública debiera realizarse en cualquier población, siempre y cuando se lleve a cabo siguiendo los lineamientos que marca la ley y el 24.7% considera que este tipo de investigaciones

Centro de Investigación CIECAL, CIECM-CICUSXXI / **Revista Vectores de Investigación 5**
sólo se debe realizar en las poblaciones que potencialmente serán beneficiadas con el estudio.

64

En cuanto a proporcionar un servicio médico a una población, pero no hacerlo a otra que también lo necesita (por ejemplo, porque no tiene Seguro Social) es inaceptable para el 67.1% de los profesionistas de la salud y el 22.4% considera que es aceptable, pues es imposible cubrir a toda la población con todos los servicios.

Asimismo, el 83.5% consideran inaceptable negar un tratamiento médico a una población que lo necesitaba a pesar de ser muy costoso (como sucede con algunos medicamentos contra el cáncer, por ejemplo) mientras que para el 7.1% es aceptable esta situación, porque es imposible cubrir a toda la población con todos los tratamientos. Por otro lado, para el 61.2% recibir una atención médica de buena calidad, suficiente y oportuna, es un derecho que podría alcanzarse si existiera voluntad política, en contraparte el 21.2% lo considera un derecho, pero inalcanzable por razones económicas, mientras que para el 14.1% un derecho, pero inalcanzable por razones técnicas.

3.12 Discusión

En lo que se refiere a la IVE es notoria la postura que mantiene la población de estudio al considerarla aceptable en el 70% al tener noticia de que el producto tenga una malformación o enfermedad incompatible con la vida, así también si el producto es resultado de una violación. El 50.6% considera que es aceptable la IVE. En este caso se puede aventurar que la población de profesionales de la salud muestra una postura liberal al respecto y apegada a la legislación vigente.

En el caso del consentimiento informado, la población de estudio muestra una postura conservadora pues no están dispuestos a administrar tratamientos sin el consentimiento de los pacientes, aunque este tratamiento pudiera salvarle la vida, en el caso de hacer a los pacientes partícipes de una investigación su postura es diferente, pues sugieren que se lleve a cabo la investigación aunque el paciente no consienta.

En el punto de voluntades anticipadas y enfocadas al encarnizamiento terapéutico los profesionales de la salud que participaron de esta investigación consideran que se debe conservar la calidad de vida de un paciente, prolongar la vida de los mismos mediante cualquier procedimiento disponible, aunque esto suene un tanto contradictorio, pues cómo se puede conservar la calidad de vida de un paciente cuando este se encuentra sedado para mitigar dolor y sufrimiento.

Ante el asunto de la fecundación in vitro un alto porcentaje la consideran aceptable, sin embargo refirieron que antes de la semana 12 el embrión lo consideran como un ser humano a quien debe otorgársele los mismos derechos que a cualquier persona, es decir que se puede inferir que guardan una postura conservadora ante tal tema.

Con respecto a la eutanasia activa el 90% de los profesionales de la salud

están de acuerdo en que se desconecte a la persona con su consentimiento o sin él. Esto da muestra de una postura liberal ante el tema de la muerte.

En cuanto al tema de la pena de muerte, la mitad de los profesionales están de acuerdo en que se aplique, sin embargo la mitad de ellos no sería partícipe de una ejecución, se observa por lo tanto la contradicción en su postura.

Más de la mitad de la población de estudio está de acuerdo en la eutanasia activa, justificándola en pacientes con enfermedad terminal y que tengan mayor sufrimiento, con ello se puede observar su postura liberal ante el tema de la muerte.

Ante el asunto de la donación de órganos, los profesionales de la salud muestran una postura liberal pues más del 80% están de acuerdo con la donación de órganos, pero no con la comercialización de los mismos y en relación al trasplante de órganos animales a los seres humanos muestran una postura un tanto conservadora, pues sólo el 35.5% están de acuerdo con ello.

Intentar valorar las posturas conservadoras y liberales de los profesionales de la salud se debe entender desde una postura filosófica no política, es decir los conservadores aprecian la vida desde un punto de vista de la sacralización de la misma, mientras los liberales resuelven estos temas desde una postura pragmática-utilitarista.

4 Conclusiones parciales

Los profesionales de la salud que formaron parte de este trabajo si bien refirieron recibir cursos, seminarios, diplomados, talleres sobre el tema de la bioética, es visible que con la asistencia a dichos cursos no se norma una forma de ser, se permean varios aspectos insospechados en sus tomas de actitud ante los dilemas, por ello no deja de ser interesante e importante elaborar otras formas de abordajes para tratar de comprender, porque piensan de tal manera.

La experiencia laboral de los trabajadores encuestados en general se puede observar escasa, por lo que sus edades también influyen en la forma como perciben los dilemas éticos.

La población de enfermeras prevaleció en esta muestra, lo cual puede reflejarse en la postura conservadora de algunos temas bioéticos, pues en un estudio previo, estudiantes de enfermería se pudieron agrupar dentro de esta postura, lo que nos lleva a pensar que dichas profesionistas continúan con su postura aún después de egresar de la universidad.

5 Recomendaciones

Proponer una población más amplia de profesionales de todas las ramas de atención a la salud para conocer de forma más veraz las posturas ante dilemas bioéticos.

Establecer otras metodologías para acercarse desde un enfoque cualitativo

Centro de Investigación CIECAL, CIECM-CICUSXXI / *Revista Vectores de Investigación* 5
a la forma en cómo perciben los dilemas éticos, dándole mayor peso a los discursos, es decir darles la voz para que de forma profunda podamos identificar que los lleva a pensar de tal o cual manera.

BIBLIOGRAFÍA

- ARELLANO-GONZÁLEZ, VÁZQUEZ-GUERRERO AYE (1996) "Legislación médica", *Introducción a la bioética*, José Kuthy-Porter (edición), México, Méndez Editores.
- CALABRO, P.G. (2000) "La eutanasia en la perspectiva del estado constitucional, entre principios y valores. Las leyes que autorizan o favorecen el aborto y la eutanasia", *Medicina y Ética*, vol. 11.
- GARZA, G.R. (1999) "La muerte clínica y los trasplantes", *Medicina y Ética*.
- GRACIA, Diego (2001) "La deliberación moral: el método de la ética clínica". *Proyecto de Bioética para Clínicos del Instituto de Bioética de la Fundación de Ciencias de la Salud Medicina Clínica*, vol. 117, N° 01.
- GUTIÉRREZ-SAMPERIO, Cesar (2001) "La bioética ante la muerte", *Gaceta Médica de México*, vol. 137, N° 3, 270-278.
- (2000) "El paciente quirúrgico en estado crítico, Avances en el proceso diagnóstico terapéutico", *Gaceta Médica de México*, N° 136.
- (1996) "Comités de bioética hospitalarios", *Principios de bioética*, Kuthy-Porter, México, Méndez Editores.
- (1999) "Muerte con dignidad", *Gaceta Médica de México*.
- LEÓN, Francisco (2009) "Fundamento y principios de bioética clínica, institucional y social", *Acta Bioethica*, vol. 15, N°1, 70-78.
- LISKER R. (1995) "El Comité Internacional de Bioética de la UNESCO", *Gaceta Médica de México*, N° 131.
- MIGONE L. (2000) "Las respuestas médicas y sociales a las solicitudes de eutanasia", *Medicina y Ética*.
- MINISTERIO DE SALUD (2007) *Estándares generales para prestadores institucionales de atención abierta. Respeto a la dignidad del paciente*, Santiago de Chile, Ministerio de Salud.
- MIR y BUSQUETS (2011) "Principios de Ética Biomédica", *Bioética & Debat*, Tom L. Beauchamp y James F. Childress, vol. 17, N° 64, 1-7.
- MIRANDA G. (1996) "Los problemas éticos de la eutanasia. *Evangelium Vital*", *Medicina y Ética*, N° 7, 477.
- QUIYONO, M. (2011) "Reflexiones bioéticas sobre las técnicas de reproducción asistida", *Ensayos selectos de bioética*, México Asociación Nacional Mexicana de Bioética A. C.