

INTRODUCCIÓN DE FIGO A LOS PRINCIPIOS Y A LA PRÁCTICA DE LA BIOÉTICA:

CASOS DE ESTUDIO RELACIONADOS CON LA SALUD DE LAS MUJERES

Desarrollado por el Comité para el Estudio de los Aspectos Éticos de la Reproducción Humana
y de la Salud de la Mujer,
Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO)

2012



FIGO agradece al Centro para la Salud, la Ética y las Políticas Sociales por su apoyo en la traducción de este programa de capacitación al español.

FIGO gratefully acknowledges the support of the Center for Health, Ethics and Social Policy for the Spanish translation of this training manual.

Índice

PARTE I: BIOÉTICA	3
1. Introducción – El contexto	3
2. Antecedentes de la bioética	5
3. Principios de la ética	6
Respeto por las personas: Autonomía y protección de las personas vulnerables.....	6
Hacer el bien y evitar el daño: (Beneficencia y No-maleficencia)	7
Justicia	8
4. Niveles de análisis.....	8
5. Análisis de casos clínicos	10
Cuadro 1: Las cuatro celdas sobre la salud reproductiva/salud de las mujeres	11
PARTE II: CASOS DE ESTUDIO.....	13
Introducción.....	13
Relaciones sexuales entre adolescentes y confidencialidad	14
Adolescentes y planificación familiar.....	17
Anencefalia y aborto en etapas avanzadas	19
Atención prenatal.....	21
La bioética y las organizaciones religiosas	23
Cesárea a solicitud de la paciente	26
Atención domiciliaria del parto	28
Investigación clínica	30
Conflictos de interés	33
Control de costos	35
Donación de óvulos	37
Ablación / mutilación genital femenina (MGF)	40
Vacuna contra la hepatitis B.....	43
Vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH)	45
Histerectomía.....	48
Consentimiento informado de pacientes analfabetas	50
Esterilización femenina no voluntaria.....	52
Embarazo múltiple.....	55
Fístula obstétrica.....	57
Rehusarse a practicar una cesárea.....	60
Rehusarse a recibir tratamiento	62
Re-infibulación	64
Selección de sexo por razones sociales.....	66
Maternidad subrogada.....	69
Delegación de funciones y mortalidad materna.....	72
Interrupción del embarazo en adolescentes	74
Apéndice: Guía para facilitadoras y facilitadores	76

PARTE I: BIOÉTICA

1. Introducción – El contexto

El propósito del presente programa de capacitación en bioética, desarrollado por FIGO, consiste en equipar a los y las estudiantes de medicina y profesionales de ginecología y obstetricia con las herramientas necesarias para que se encuentren en condiciones de comprender las cuestiones éticas inherentes a la atención de la salud de las mujeres y, asimismo, para que puedan resolver dichas cuestiones satisfactoriamente desde el punto de vista de la ética y la medicina. La sensibilidad ética se basa en el reconocimiento de que, en muchos escenarios sociales y familiares, las mujeres se encuentran en condiciones de subordinación o desventaja frente a los hombres. Esta realidad se asocia a las distintas funciones sociales y económicas que las mujeres suelen desempeñar, tales como el cuidado de los recién nacidos y menores de edad, de las personas con capacidades diferenciadas y de los familiares de edad avanzada, en lugar de ocupar posiciones destacadas en el ámbito de la vida social, económica y política de un país.

La capacitación de las y los profesionales de ginecología y obstetricia en el campo de la bioética les ayuda a mejorar sus cualidades de comprensión y compasión hacia las pacientes. Asimismo, resulta necesaria en tanto cada día resulta más evidente que los valores éticos constituyen el fundamento de los derechos humanos de las mujeres reconocidos en las leyes. Cada vez más se reconoce al acceso a los servicios de salud apropiados como un derecho humano y una prerrogativa establecida por la ley, y las y los profesionales de la medicina deben estar al tanto de ello. Se debe incorporar a la práctica clínica el respeto por los derechos humanos, en tanto parte constitutiva de las habilidades éticas y profesionales en medicina.

Un desafío en el análisis bioético, que debería preceder a la toma de decisiones, consiste en que las y los profesionales de la salud sean conscientes de los prejuicios y estereotipos que incorporan a ese proceso de toma de decisiones como resultado de sus propias características y condicionamientos culturales. Se requiere cuidado y capacitación para evitar que se perciba a las pacientes a través de una óptica de presunciones y estereotipos que nieguen o comprometan los derechos humanos que les asisten desde el punto de vista de la ética.

Los derechos humanos se describen detalladamente en tratados internacionales vinculantes o de gran influencia, en las constituciones de los países y/o en leyes y códigos nacionales que reflejan el contenido de la Declaración Universal de Derechos Humanos, proclamada en la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1948. Los derechos humanos incluyen el derecho a la seguridad de la persona; a recibir protección contra tratos crueles, inhumanos o degradantes; a formar una familia; y a la no discriminación por motivos de sexo, raza, color, religión, origen nacional o social y lugar de nacimiento u otra condición de la persona. Tales derechos individuales expresan el contenido del primer enunciado de la Declaración Universal: “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos.” El respeto por la dignidad de una paciente, sin importar sus circunstancias, incluidos sus ingresos, edad u origen, contribuye considerablemente al cumplimiento de los requerimientos éticos.

En ocasiones se establece un contraste entre derechos positivos y negativos. Quienes son titulares de derechos positivos deben recibir los medios necesarios de parte, por ejemplo, de organismos gubernamentales u otras instancias para lograr que tales derechos se cumplan. La mayoría de los derechos humanos son negativos, es decir que sus titulares deben encontrarse en libertad para ejercerlos por cualquier medio legal que puedan emplear. Quienes deliberadamente impiden que alguien ejerza sus derechos no se comportan de manera ética ni legal. Sin embargo, el derecho humano a la dignidad es tanto positivo como negativo: las personas deben ser capaces de obtenerlo por sus

propios medios y, asimismo, deben ser tratadas por terceros, incluso por las y los profesionales de la salud con valores éticos, respetando su dignidad.

2. Antecedentes de la bioética

El origen del término “bioética” se remonta a la década de 1960, pero la ética, en tanto rama de la filosofía moral, se arraiga en numerosas y antiguas tradiciones culturales. Se puede entender a la ética simplemente como conducta correcta y, por ende, a la bioética como conducta correcta relacionada con la biología médica humana. Se han postulado distintas razones para explicar el origen y desarrollo de la bioética. Una de ellas se refiere a la aparición, ocurrida a mediados del siglo XX, de tecnologías médicas avanzadas que afectan, por ejemplo, los medios que se pueden aplicar –o no– para prolongar la vida de las personas, así como aquéllos que permiten superar la infertilidad gracias a la reproducción humana asistida. Otra razón se refiere a los movimientos que pugnan por una mayor igualdad social y que se oponen al paternalismo médico, a fin de disminuir el poder superior de los profesionales médicos basado en sus conocimientos, mediante la promoción de los derechos de las y los pacientes y de su poder de autodeterminación o autonomía. Una razón adicional es la relativa a la disminución de la deferencia popular hacia la autoridad de la que antiguamente gozaban las instituciones políticas, religiosas, profesionales y académicas, entre otras.

Existen diversas orientaciones en lo que respecta a la evaluación bioética. Frecuentemente se establece un contraste entre el enfoque que aplica virtudes y principios de carácter abstracto y aquél que considera consecuencias de orden práctico. Un abordaje que aplica solamente principios (“Hágase justicia, aunque se hunda el firmamento”) podría ocasionar daños evitables, mientras que aquél que persiga únicamente el logro de resultados deseados (“El fin justifica los medios”) podría carecer de principios y socavar, comprometer o pervertir valores sociales y profesionales considerados esenciales. Recientemente se ha desarrollado un enfoque de particular relevancia para la ginecología y la obstetricia que consiste en preguntarse de qué manera afectaría el bienestar de las mujeres una política, principio u opción específica (“Preguntarse acerca de la cuestión de la mujer”). Muchas fuentes tradicionales de autoridad moral o ética, tales como instituciones religiosas, legislativas, judiciales, académicas y profesionales, no han incluido a las mujeres en absoluto o no han promovido a mujeres a puestos de liderazgo. No se han informado, no se han ocupado ni se han sensibilizado en lo que respecta a las experiencias, preferencias u opiniones de las mujeres, así como tampoco han considerado las implicaciones ni los efectos que producen en las mujeres sus políticas o acciones. Estas autoridades se han empobrecido al no invitar o aceptar las perspectivas de mujeres independientes y al desconocer o no respetar la forma en que las mujeres deben resolver las responsabilidades contradictorias que forman parte de su vida.

La bioética moderna, aunque consciente de la necesidad de respetar los valores del individuo, incluidas sus creencias religiosas, aborda la toma de decisiones médicas como una función humana sin orientación de entidades divinas o sobrenaturales. Es pluralista en su incorporación de distintas filosofías e invita al escrupuloso cuestionamiento de las opciones de acción, en lugar de demandar obediencia incondicional a una autoridad dada. Se consideran las posibles o probables consecuencias de las opciones de acción disponibles al sopesar aspectos médicos, psicológicos, familiares, sociales, económicos y de similar relevancia al comparar una opción con otra. Se responsabiliza a los individuos e instituciones por las consecuencias deseadas e incidentales de sus decisiones de actuar y de no actuar.

Se podrían encontrar diferentes maneras de equilibrar consideraciones éticas opuestas en función de distintas prioridades. Por ejemplo, al decidir si le ofrece o practica a una mujer un procedimiento que podría afectar su fecundidad, un profesional médico debería considerar las intenciones, esperanzas y planes de la mujer para el futuro. Se podría tratar de una manera a las recién casadas y a quienes esperan embarazarse, y de otra a las mujeres satisfechas con el tamaño de sus familias o que se encuentran en la postmenopausia. Al igual que pueden existir diferentes opciones médicas, también pueden existir distintas opciones éticas.

Para poder tomar en cuenta distintos enfoques éticos en lo que respecta a la atención clínica, la

investigación en salud reproductiva, la asignación de recursos limitados y, por ejemplo, la justa consideración de intereses enfrentados, se ha identificado uno conjunto de principios medulares en el campo de la bioética. Esos principios no se aplican de forma jerárquica, sino que deben evaluarse individualmente con el fin de determinar cuál se priorizará a fin de encontrar la mejor manera de seleccionar un tratamiento entre las opciones existentes. Se conocen distintas formas de comportamiento ético y la elección ética tomada en un caso dado no implica que una elección diferente por parte de otra persona resulte necesariamente contraria a la ética. Se pueden aplicar los principios bioéticos conforme a diferentes prioridades y, por ende, distintas elecciones serán justificadas por igual. Sin embargo, todas requieren que las y los profesionales consideren debidamente cada principio y puedan justificar las prioridades que sustentan su decisión.

3. Principios de la ética

La práctica de la medicina depende de la capacidad de combinar hechos y hallazgos médicos con lineamientos basados en evidencia e investigación, con el fin de generar una estrategia adecuada a las circunstancias únicas enfrentadas por cada paciente. Por lo general, dicha estrategia “clínica” lleva al planteamiento de preguntas respecto a lo apropiado, virtuoso o moral de cada enfoque, así como a una cuestión más importante aún: cómo lograr el mismo nivel de competencia en el manejo de la sabiduría práctica y de la elección ética en medicina en relación a las habilidades clínicas. En el corazón de los dilemas morales que existen en la medicina aparecen principios éticos recurrentes que se deben explorar y que se originan en la considerable literatura que guía a los y las profesionales de la salud. Si bien podrían realizarse análisis con base en consecuencias prácticas, motivos apropiados y cumplimiento del deber, o según virtudes personales ideales, los hechos que se consideran relevantes desde la perspectiva de la ética deben ser analizados con base en principios. Los casos de estudio aquí presentados se centran en cuatro grandes principios: respetar a las pacientes, promover el bien y evitar o minimizar daños, y actuar de manera justa.

Respeto por las personas: autonomía y protección de las personas vulnerables

Frecuentemente, el lenguaje usado cuando se refiere a este principio gira en torno al deber de respetar el derecho de las personas a elegir qué intervenciones médicas consideran aceptables. No implica que exista la obligación de ofrecer intervenciones de salud sin fundamentos sólidos, o no indicadas desde el punto de vista médico, simplemente porque así lo desee la paciente. En otras palabras, el concepto de autonomía se refiere al derecho a elegir opciones indicadas y razonables, no al derecho a recibir cualquier tipo de tratamiento que se desee. Asimismo, la autonomía incluye el derecho a decidir que otras personas (familiares, integrantes de la comunidad) participen —o no— en la toma de decisiones.

El respeto por la persona resulta de particular importancia para la salud de las mujeres (1) porque en algunas culturas no se las respeta como tomadoras de decisiones. Para respetar las decisiones de alguien se requiere que esa persona tenga la capacidad de elegir. Es decir, que tenga: (i) la habilidad de recibir información sobre opciones médicas y entenderlas, al igual que sus beneficios y posibles daños (a menudo llamada consentimiento informado); (ii) la habilidad de considerar los daños y beneficios a la luz de sus propias percepciones y valores; y (iii) la habilidad de plantear sus dudas y decisiones de manera significativa dentro del escenario de la atención a la salud. Debido a la situación general de las mujeres de todo el mundo, existen numerosas circunstancias que comprometen las bases éticas de la autonomía y que, por ende, presentan dilemas éticos. Usualmente las mujeres son vulnerables a la incapacidad —por ejemplo, cuando son analfabetas— y se deben tomar especiales recaudos a fin de optimizar sus posibilidades de elegir de manera autónoma, así como protegerlas de daños, injusticias y tratos irrespetuosos cuando se encuentren en posición desventajosa y sujetas a las

decisiones de otras personas.

Entre las cuestiones éticas esenciales que se deben considerar al aplicar el principio del respeto se encuentran las siguientes:

- a. Si al tomar decisiones la mujer se encuentra libre de coerción, presión o motivación indebida, aplicadas consciente o incidentalmente por el personal de salud. La existencia de diferencias de poder entre el personal de salud y la paciente, sus acompañantes o familiares podría dificultar la comprensión de las decisiones tomadas. ¿La elección realmente refleja los deseos de la mujer o los de otras personas, es decir, de sus hijas o hijos, su esposo o un líder de la comunidad? (2)
- b. ¿Qué capacidad se tiene para elegir y quién toma las decisiones cuando alguien parece tener disminuida dicha capacidad de elección? Los distintos grados de conciencia o el nivel de capacidad de niñas, niños o adolescentes para elegir plantea preguntas sobre quién puede fungir como persona substituta en la toma de decisiones y si esa persona recomendará un curso de acción apegado a los deseos del individuo en vez de expresar sus propias creencias o deseos.
- c. ¿Qué obligaciones detentan las y los profesionales de la salud para asegurarse que la paciente “entienda”, dada la brecha que existe entre el cúmulo de conocimientos del personal clínico y el de la paciente? ¿Realmente es posible proporcionar adecuadamente un consentimiento informado al saber que existen tantas variables en medicina clínica y que no se pueden prever todos los resultados? ¿Cómo nos aseguramos que se comprenda el lenguaje (por ejemplo, mediante el uso de intérpretes y al adaptar la información al nivel de conocimientos de la paciente) y que se entiendan adecuadamente las consecuencias de la decisión en términos de daños y beneficios?
- d. Finalmente, la confidencialidad en relación con la toma de decisiones constituye una obligación clave para proteger el derecho de una paciente a decidir, aunque el límite de dicha obligación pueda resultar poco claro (por ejemplo, si la elección de una paciente le negará a su cónyuge o pareja la posibilidad de protegerse al no revelar si es VIH positiva o negativa). En principio, un aspecto de la autonomía de las pacientes debería ser poder determinar quién recibe su información médica.

Hacer el bien y evitar el daño (Beneficencia y No-maleficencia)

Como instruyera Hipócrates, se debe “Hacer el bien y no ocasionar daño.” Esta máxima representa la obligación del personal médico de mejorar la salud física y psicológica de sus pacientes al mantener una proporción favorable entre beneficios y riesgos. Un esfuerzo de esta magnitud requiere considerar las ventajas prospectivas de una opción terapéutica, sopesar los efectos secundarios o consecuencias que podrían ocasionar daños y evaluar adecuadamente las ventajas, a fin de que éstas superen las desventajas. Las y los profesionales de la salud deben preguntarse qué necesidades clínicas existen y de qué manera las acciones elegidas las satisfarán para el beneficio (el bien) de sus pacientes.

Según comentarios de expertas y expertos que gozan de reconocimiento en el campo de la ética clínica (3), se debe entender “el bien” a la luz del logro de un objetivo de la medicina y no, por ejemplo, meramente al normalizar valores de laboratorio o detener una hemorragia. Para ello se deben responder las siguientes preguntas: ¿La acción propuesta cura o estabiliza la enfermedad? ¿Impide una muerte prematura o promueve la salud y previene la enfermedad? ¿Ofrece buena calidad de vida o alivio al sufrimiento? Al cerciorarse de perseguir un objetivo claro de tratamiento, el personal médico confirma que ha evaluado apropiadamente los beneficios y daños de las opciones terapéuticas al

considerar las cuestiones éticas del caso y, en particular, que se ha asegurado de que las políticas que influyen en la atención directa de la salud de las mujeres se basan en la mejor evidencia disponible.

Justicia

La justicia se ocupa de las prerrogativas que corresponden a las personas en lo tocante a la atención de su salud. El derecho a la distribución justa y equitativa de los beneficios y los riesgos o cargas de la atención a la salud disponible (es decir, a la justicia distributiva) adquiere particular relevancia en el ámbito de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres (4).

El alcance de los posibles problemas éticos que involucran cuestiones de justicia se extiende mucho más allá de las preocupaciones inmediatas planteadas por la paciente que se encuentra ante nosotros. La justicia demanda que reflexionemos sobre la formulación de los sistemas de salud y sobre el grado en que éstos brindan acceso y beneficios justos, en particular a las mujeres, a quienes a menudo se les niegan debido a la exclusión y a las desventajas económicas, sociales o políticas que padecen (5). La justicia plantea preguntas sobre la forma en que distribuimos recursos escasos (como la vacuna contra el VPH); por ejemplo: si se entrega a las primeras personas que lleguen; por sorteo; según la mayor necesidad de salud, social o de otro tipo en pacientes con requerimientos similares; a quien tenga mayor capacidad de pago; o alguna otra consideración.

La justicia pregunta si la mujer que toma las decisiones se encuentra comprometida por un conflicto de interés o, por ejemplo, por creencias culturales, religiosas o de otra naturaleza que impidan el uso de recursos médicos legales que permitan atender sus necesidades de la mejor manera posible. Asimismo, podría suceder que tengamos obligaciones que entren en conflicto con las obligaciones que debemos a las pacientes; por ejemplo, los relacionados a la seguridad familiar, del personal, o bien los protocolos de intervención que destinan recursos escasos sólo a quienes tienen probabilidades de sobrevivir (incluso si ello implica el sufrimiento de las personas a las que se les niegan dichos recursos). Este tipo de consideraciones, y de obtener ciertos beneficios a costa de otros, los enfrentan diariamente los y las profesionales de la salud de todos los ámbitos de la medicina. Quizás la habilidad más difícil de obtener en el campo de la ética médica consista en sopesar imparcialmente intereses encontrados al determinar las opciones terapéuticas apropiadas para el cuidado de una paciente.

1. FIGO Ethics Committee. Ethical Framework for Gynecologic and Obstetric Care. www.figo.org 2009
2. FIGO Ethics Committee. Guidelines Regarding Informed Consent. www.figo.org 2009
3. Jonsen AR, Siegler M, Winslade SJ. Clinical Ethics. 7th edition, 2010. McGraw Hill Medical. New York.
4. FIGO Ethics Committee. The Ethical Aspects of Sexual and Reproductive Rights. www.figo.org 2009

4. Niveles de análisis

Se pueden llevar a cabo evaluaciones bioéticas en cuatro niveles, aunque el principal de ellos — el nivel microético o de persona a persona— se ocupa de las relaciones entre el personal médico y sus pacientes. Se requiere un importante nivel de cuidado y capacitación para desarrollar habilidades para la toma de decisiones éticas en la atención clínica. La mayoría de los casos presentados en este programa se refieren a la relación entre el personal médico y sus pacientes.

A diferencia del nivel anterior, la salud pública o nivel macroético se fundamenta en las

relaciones que existen entre un grupo y un individuo, y entre grupos. Entre esos dos niveles se encuentra el nivel administrativo, burocrático o mesoético, que aborda la asignación de recursos dentro de una institución (una clínica u hospital, por ejemplo) o de una estructura gubernamental (comunidad, poblado, ciudad, región o país). El nivel que trasciende a todos los anteriores es el megaético, a veces descrito como ética global, que se ocupa de las relaciones internacionales e intergubernamentales del sector salud.

Las decisiones defendibles desde la perspectiva de la ética en un nivel dado pueden verse desafiadas también desde el punto de vista ético en otro nivel y, por ello, las y los profesionales tendrán que iniciar su análisis determinando el nivel apropiado para la evaluación. Por ejemplo, una proveedora o proveedor solicita para una paciente que se encuentra en buen estado general de salud un estudio adicional, tal como una radiografía o una tomografía, por exceso de precaución y en beneficio de la paciente. Tal acción podría defenderse desde el nivel microético, pero en el mesoético y el macroético, en el caso que el estudio adicional utilice los recursos limitados asignados a un grupo específico, tales como fondos, personal y/o acceso a equipamiento de salud, podría calificarse como un uso extravagante o un desperdicio de recursos limitados que impide que otra paciente enferma reciba el tratamiento indicado. De igual manera, una encuesta sobre los efectos a largo plazo de un tratamiento específico en pacientes con cáncer cervical podría requerir la revisión de datos médicos que llevara a la identificación de las pacientes, situación que se podría defender éticamente en el nivel macroético o de salud pública, pero que comprometería la confidencialidad de las pacientes al nivel microético.

Surgen desafíos éticos cuando una proveedora o proveedor responsable de atender a dos o más pacientes requiere, por ejemplo, un medicamento del cual sólo existe suficiente para atender a una de ellas en ese centro de salud o necesita equipo que, de utilizarlo en una paciente, impedirá que se encuentre disponible oportunamente para las demás. La proveedora o proveedor deberá resolver el dilema al evaluar los requerimientos éticos de una paciente respecto de las demás. Puede explorar, por ejemplo, si las diferencias en el estado médico de las pacientes generan una distinción ética relevante que justifique favorecer a una sobre las demás. Por ejemplo, una decisión en la que simplemente se opte por la más joven en vez de la mayor, o viceversa, o por una madre con hijas e hijos dependientes sobre una paciente sin hijos o con hijas adultas, deberá ser tal que considere demandas éticas y de derechos humanos a fin de no discriminar por razones de edad, estado civil o número de dependientes. La decisión se vuelve más compleja cuando una paciente sin hijas o hijos dependientes cuida de alguien más, de una familiar con discapacidad o de edad avanzada, por ejemplo.

Es posible que se requiera que personal con responsabilidades relativas a la atención clínica ocupe cargos administrativos que impliquen, por decir, la asignación de recursos, y con ello la toma de decisiones incompatibles con sus obligaciones microéticas de brindar a sus propios pacientes el mejor cuidado posible. Por ejemplo, tal vez por disciplina presupuestaria institucional, necesiten suspender o restringir la disponibilidad de medicamentos o dispositivos costosos requeridos para la adecuada atención de sus pacientes. En un mundo ideal, se deberían evitar este tipo conflictos, evitando asignar cargos administrativos a quienes tengan responsabilidades clínicas, pero podría no existir otra alternativa por la escasez de recursos humanos y durante periodos de transición por la asignación de funciones gerenciales a profesionales que tratan directamente con pacientes.

Las aparentes inconsistencias o contradicciones en preferencias o políticas podrían resolverse recurriendo a los distintos niveles de análisis. Por ejemplo, quienes apoyan la decisión de las mujeres de continuar o interrumpir un embarazo sin amparo legal también apoyan las leyes que prohíben la revelación prenatal del sexo del feto, con el objetivo de restringir la práctica del aborto basado en el sexo del feto, generalmente destinada a descartar los fetos femeninos. Quienes favorecen ambas políticas podrían explicar que la decisión de abortar se debería tomar en principio al nivel microético, entre la mujer y su médica o médico (véase Comité de Ética de FIGO; Aspectos éticos relativos al

aborto provocado por razones no médicas, 1998). Sin embargo, la razón para prohibir que se dé a conocer el sexo del feto antes del nacimiento se considera, en principio, una decisión macroética que debe tomarse a nivel social o público (véase Comité de Ética de FIGO; Selección del sexo para fines no médicos, 2005) porque puede afectar la condición social y la dignidad de las mujeres, así como su igualdad con los hombres de su comunidad. La selección del sexo para fines distintos a los relacionados con trastornos genéticos asociados al sexo o —aunque controvertido— con el objetivo de producir familias con niñas y niños, puede generar desórdenes sociales si ocasiona o agrava un serio desequilibrio en la proporción de sexos de un país y genera, por ejemplo, elevados números de hombres adultos que no pueden encontrar esposa. Por otra parte, el rechazo a la selección del sexo podría considerarse de importancia megaética, en tanto refuerza la condición de igualdad de las mujeres de todas las culturas y comunidades, reflejando la desaprobación de la discriminación de niñas y mujeres contemplada en los tratados internacionales de derechos humanos.

5. Análisis de casos clínicos

Disponer de un formato que, desde el punto de vista ético, permita evaluar y tomar decisiones sobre un caso clínico se asemeja en mucho a desglosar una presentación clínica en síntomas, observaciones, valoraciones y planes, a fin de orientar las decisiones de las pacientes sobre cuestiones médicas. El uso rutinario de una de las estructuras de caso para efectuar un análisis facilita considerar en su totalidad los dilemas éticos a menudo encontrados en la salud reproductiva en general, y en la salud de las mujeres en particular. Para perfeccionar las habilidades en el campo de la ética, resulta importante pasar de la mera discusión de casos hipotéticos al uso de casos de la práctica cotidiana, para luego retomar los casos hipotéticos a fin de complementar los antecedentes y tener la tranquilidad de saber que otros han ponderado casos similares en el pasado.

Un aspecto común a todos los métodos lo constituye la necesidad de certeza de que la información recopilada sea precisa y que se encuentre basada en la paciente y en aspectos médicos. Asimismo, se debe considerar a las personas que participan en la toma de decisiones éticas (incluido todo el equipo de atención de salud), así como las opciones y problemas potenciales, incluso el marco legal de ser necesario. Finalmente, se puede compartir un análisis con su correspondiente justificación ética y social antes de decidir sobre las opciones definitivas. Al desarrollar una consulta sobre cuestiones éticas, la opción adicional de incluir a la paciente y a su familia, donde resulte factible, se ha aplicado con éxito en muchos escenarios y también puede ayudar a mejorar el entorno de la atención institucional centrada en las pacientes.

Para facilitarle al personal de salud la implementación de la opción arriba mencionada, se sugiere utilizar rutinariamente el método de las cuatro celdas propuesto por Jonsen, Siegler y Winslade. Desde la perspectiva filosófica, dicho método presenta un enfoque casuista (es decir, basado en casos) que asume que existe un claro caso paradigmático (quizás más parecido a alguno de los casos presentados más adelante en el documento) para después desarrollar diferentes variaciones que requieren discusión y análisis colectivo. En términos prácticos, una manera sencilla de aplicarlo consiste en crear cuatro celdas y llenarlas de forma secuencial y por completo (junto con las cuestiones éticas que propone cada celda) antes de la discusión general del caso. Frecuentemente sucede que un caso “claro,” por ejemplo uno vinculado a beneficios y daños, resulta ser algo diferente; es decir, un caso relacionado con la autonomía, la protección contra la vulnerabilidad o algún otro principio en lugar de aquél que parecía muy evidente al inicio del análisis, cuando la atención se dirigía a una sola área. Un conjunto único de dilemas éticos en el campo de la salud reproductiva y de las mujeres es aquél donde existen cuestiones relacionadas con el feto y con la madre que deben considerarse; y la división de las celdas para representar los temas que aplican tanto a la madre como al feto o recién nacido puede facilitar la reflexión.

Las cuatro celdas contemplan las siguientes variables: 1) indicaciones médicas (incluidos los principios sobre el beneficio y el daño); 2) preferencias de la paciente (autonomía o protección, capacidad de decidir); 3) calidad de vida (cómo percibe la mujer los resultados buscados de una intervención prospectiva —desde sus circunstancias— y el impacto sobre su calidad de vida), y 4) contexto (asuntos relacionados con la justicia). Si bien las celdas se describen adecuadamente en el trabajo de Jonsen, Siegler y Winslade, el diagrama presentado a continuación considera cuestiones únicas de la salud reproductiva y de las mujeres (A) y/o de la salud fetal/infantil (B) que podrían aplicar en cada caso (véase Cuadro 1).

Cuadro 1. Las cuatro celdas sobre la salud reproductiva/salud de las mujeres

<p>1A Indicaciones médicas: Describir las circunstancias médicas, los beneficios y riesgos de las intervenciones propuestas y los objetivos médicos que se busca alcanzar con ellas. (Ejemplos: contrastar beneficios y riesgos de la vacuna contra el VPH; cesárea en caso de obstrucción del trabajo de parto; ablación genital femenina; alivio del dolor en cáncer cervical avanzado)</p>	<p>2A Preferencias de la paciente: Describir qué desea la paciente (no qué quiere el personal de salud, sus familiares o cónyuge; sólo los deseos de la paciente); qué entiende la paciente en relación a las cuestiones que le interesan, los posibles problemas de coerción, lenguaje, diferencias de poder y cómo influye todo ello en la autenticidad de sus decisiones; cuestiones relacionadas con la capacidad de elegir, y protección de quienes no pueden decidir.</p>
<p>1B Consideraciones sobre el feto (por ejemplo, muerte sin intervención, morbilidad significativa en casos de VIH o prematuridad)</p>	<p>2B Considerar los posibles deseos del feto/bebé como tomador de decisiones sustituta o sustituto; por ejemplo, qué datos existen para entender decisiones sobre discapacidad severa o supervivencia sin la madre, si tal fuera la consecuencia. Quizás no se pueda determinar.</p>

<p>3</p> <p>Calidad de vida (según lo definido por la paciente y no por el equipo de salud). Requiere explorar con la paciente qué significan para ella las opciones de intervención propuestas. (Ejemplo: perder una hija o hijo puede llegar a tener poco o gran significado en la continuidad de la calidad de vida; la mujer podría decidir participar en un estudio de investigación de cáncer aunque produzca efectos secundarios significativos porque define el concepto de calidad de vida como al hecho de contribuir a la obtención de conocimientos que beneficien a otras mujeres que padezcan el mismo tipo de cáncer; quizás los efectos secundarios resulten intolerables debido al impacto en su capacidad de realizar sus actividades ocupacionales o recreativas, por ejemplo tejer, bordar, leer, cantar o tocar un instrumento musical, que para ella define su calidad de vida.)</p>	<p>4A</p> <p>Justicia:</p> <p>Describir cuestiones relacionadas con la justicia distributiva, aspectos económicos (acceso, costos); intereses del personal de salud (su opinión sobre la calidad de vida lograda con el tratamiento); aspectos de una sociedad justa (qué trato reciben las mujeres dentro de la cultura); papel de la religión y demás influencias en la elección.</p>
	<p>4B</p> <p>Cuestiones relacionadas con el feto/recién nacido: costos de la atención de recién nacidos prematuros y de las consiguientes necesidades neurológicas; falta de apoyo materno o del padre y la madre durante el crecimiento (en caso de muerte de la madre; resultado positivo para VIH, etc.); cuestiones paternas o del equipo de salud.</p>

PARTE II: CASOS DE ESTUDIO

Introducción

Con el fin de proporcionar a las y los estudiantes y demás personas interesadas un grado de experiencia adecuado sobre la toma de decisiones éticas en el campo de la ginecología y la obstetricia, se presentan a continuación casos de estudio para su análisis. Los casos se basan en situaciones de la vida real y los hechos se describen en términos sencillos para que las y los lectores se vean obligados a abordar los elementos éticos allí contenidos y no intenten evadirlos recurriendo a medios de carácter médico o técnico, o bien desarrollando hechos adicionales que se propongan para resolver situaciones específicas sin la debida reflexión ética.

En cada caso, luego de relatar los hechos, se presenta una serie de preguntas para el análisis, pero las y los estudiantes deberán considerar qué otras preguntas serían relevantes desde el punto de vista ético. En las secciones referidas a “Evaluación” se presentan factores contextuales con el fin de situar los casos en un escenario más amplio, aunque las y los estudiantes deberán identificar otros elementos que consideren pertinentes para el análisis ético, a partir de sus propias circunstancias y experiencias. Posteriormente se presentan las secciones de “Análisis ético”, las que no buscan presentar resultados ni enfoques de carácter ético, sino iniciar la reflexión y la crítica en el contexto de los principios éticos, así como comenzar a explorar las aplicaciones de los principios más relevantes al mostrar los posibles contrastes y conflictos generados por dichas aplicaciones. Para cada uno de los casos, las y los estudiantes deberán desarrollar respuestas y acciones que consideren justificadas y apropiadas desde el marco de la ética.

Generalmente, la discusión de los elementos éticos de los casos revela que existen distintas maneras de resolverlos éticamente según los factores de los casos que ameritan énfasis, los principios éticos que se consideran prioritarios y el nivel de análisis que se entiende adecuado. Las conclusiones alcanzadas por distintos colegas con base en razonamientos éticos podrían señalar la existencia de distintas formas éticas de actuar. En otras palabras, el hecho de que se observen diferencias entre conclusiones razonadas no significa necesariamente que, si una de esas conclusiones es ética, la que difiere no lo sea, sino que distintos tipos de análisis éticos pueden llevar a distintas conclusiones justificadas con base en la ética. Por lo tanto, a diferencia de algunas formas de religión, por ejemplo, en el campo de la ética no existen resoluciones incuestionables que demanden obediencia, sino que cada persona debe encontrar soluciones éticas por sí misma, consultando a alguien más si así lo desea, y justificarlas con los procesos de razonamiento ético que le parezcan más apropiados y defendibles.

Después de cada sección de “Análisis ético,” donde se invita a considerar el caso presentado, se encuentra una serie de “Referencias.” Se trata fundamentalmente de declaraciones y recomendaciones del Comité de Ética de FIGO, las que se han recopilado en la publicación titulada “Recomendaciones sobre temas de ética en Obstetricia y Ginecología hechas por el Comité para el Estudio de los Aspectos Éticos de la Reproducción Humana y de la Salud de la Mujer (i.e., el Comité de Ética).” Las recomendaciones se encuentran disponibles en inglés, francés y español y se pueden consultar en <http://www.figo.org/about/guidelines> . La versión impresa se actualiza cada tres años para los congresos de FIGO.

Las y los estudiantes con acceso a bibliotecas adecuadas y/o internet podrán complementar esas referencias con artículos y comentarios relevantes publicados en revistas especializadas de medicina y bioética, así como con otros materiales de consulta, tales como *The British Medical Journal*, *The Lancet*, *The New England Journal of Medicine*, entre otras publicaciones médicas profesionales de nivel nacional e internacional. El acceso por internet a muchas de estas revistas es gratuito y otros

materiales se encuentran disponibles por suscripción para personas registradas por medio de universidades, escuelas de medicina e instituciones similares. Al igual que con cualquier otro trabajo, las y los estudiantes deberán adoptar una postura crítica ante los documentos respecto de su origen y posible sesgo, así como comparar los objetivos de análisis bioéticos desinteresados y los de incidencia ética que buscan promover intereses o perspectivas específicas.

Relaciones sexuales entre adolescentes y confidencialidad

Caso:

Mila, una alumna de escuela secundaria de 15 años de edad, llega al consultorio del Dr. Chávez para solicitar servicios confidenciales de anticoncepción. Mila le explica al Dr. Chávez que su familia es pobre y no puede pagar sus estudios. Durante meses, un hombre de 50 años de edad ha pagado su colegiatura a cambio de tener relaciones sexuales sin protección dos veces por semana y a condición de que no le cuente a nadie de su familia ni a sus amistades. Mila está molesta e inquieta día y noche, y teme quedar embarazada.

Preguntas:

¿Se considera ético que el Dr. Chávez le proporcione a Mila servicios de anticoncepción con receta médica o sin ella?

¿El Dr. Chávez está obligado, desde la perspectiva de la ética, a respetar la solicitud de confidencialidad de Mila?

¿El Dr. Chávez tiene la obligación u opción ética de informar que Mila tiene relaciones sexuales con ese hombre a su madre o padre, a las autoridades o a un organismo de protección infantil?

De ser el caso, y además de asesorarla en anticoncepción, ¿qué consejo ético debería darle el Dr. Chávez a Mila?

Evaluación:

En la mayoría de los países las leyes prohíben las relaciones sexuales con adolescentes menores de cierta edad (de 16 años, por ejemplo). En algunos se consideran excepciones cuando la pareja sexual es menos de tres años mayor que la adolescente. Las leyes que criminalizan a adultos que tienen relaciones sexuales con adolescentes, como es el caso del hombre de 50 años antes mencionado, no penalizan a la adolescente ni consideran que ésta haya cometido un delito. Por consiguiente, al proporcionarle a Mila la protección de los anticonceptivos, el Dr. Chávez no la estaría ayudando a cometer un delito.

Los derechos humanos de las y los adolescentes se declaran en la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, que aplica en general a todo ser humano menor de 18 años de edad y que ha sido ratificada por todas las naciones del mundo (con la excepción de Somalia y Estados Unidos). La Convención reconoce los derechos y responsabilidades de padres y madres, que se deben ejercer de manera consistente con las “capacidades evolutivas” de las niñas y niños. En ciertas leyes, lo anterior se define como la doctrina del “menor maduro”, que para ciertos fines, en particular para recibir servicios de salud reproductiva, confiere capacidad de persona adulta a menores de edad que demuestran madurez suficiente para responsabilizarse de sus propias decisiones. La madurez no se asocia a una edad específica y se debe determinar caso por caso, para

cada adolescente en particular y para cada decisión. Cuando se dice que una niña o niño adolescente ha madurado, es decir, que sus capacidades han evolucionado lo suficiente como para asumir responsabilidad por sus decisiones, entonces tienen las mismas prerrogativas que las personas adultas, que a veces toman decisiones malas o imprudentes. Algunos tribunales han dictaminado que una niña o niño menor de edad con la suficiente madurez como para expresar su acuerdo en relación a recibir tratamiento médico, también puede decidir a quién permitirle acceso a información sobre sí mismo. Dicho de otra manera, su derecho a decidir sobre el tratamiento médico incluye el derecho a la confidencialidad.

Por consiguiente, si se considera que Mila es una niña que ha madurado, puede dar su consentimiento para tener relaciones sexuales sin que se les califique de violación. Las relaciones sexuales con una adolescente que otorga su consentimiento y que es menor de edad según lo establecido por la ley, se conocen en algunos países como “estupro”, para diferenciarlas de las relaciones no consensuales.

Análisis ético

Respeto por las personas:

Mila participa en una actividad que suele describirse como sexo transaccional, término que refiere al intercambio de relaciones sexuales por bienes materiales u otros beneficios. En algunas circunstancias, especialmente en caso de privaciones, esta práctica se ha convertido en norma para niñas adolescentes, siendo la principal fuente de ingresos para pagar sus estudios.

Queda claro que Mila preferiría no tener relaciones sexuales periódicamente con un hombre de 50 años, pero ante el desafortunado dilema de preservar su integridad sexual o seguir estudiando, optó por esa última alternativa. Si decimos que Mila es una niña madura, parecería entonces que de manera autónoma eligió la opción que consideraba menos mala y que le garantizará respeto y compasión. El Dr. Chávez puede encontrar evidencias de la madurez de Mila en el hecho de que le solicitó anticonceptivos para protegerse, en la incomodidad que siente ante la situación y quizás en su ira reprimida por la explotación de la pobreza de su familia y de su consiguiente vulnerabilidad. Por consiguiente, el doctor puede proporcionarle servicios de anticoncepción.

El principio ético del respeto incluye protección para las personas vulnerables. Aunque Mila haya tomado una decisión madura, pero a regañadientes, de aceptar tener relaciones sexuales transaccionales, se le puede considerar vulnerable. El Dr. Chávez no la puede proteger de su familia ni de su situación social, pero puede asesorarla, por ejemplo, para protegerse de infecciones de transmisión sexual como el VIH, negociar con el hombre el hecho de mantener relaciones sexuales seguras y manejar su angustia e inquietud.

Hacer el bien y evitar el daño:

Dado que Mila se encuentra expuesta al riesgo de un embarazo no deseado, se beneficiaría de recibir métodos anticonceptivos adecuados. Sin embargo, para optimizar el beneficio, tal vez requiera también asistencia médica y consejería relacionada con su vulnerabilidad.

Dado el amplio significado del concepto de violencia contra las mujeres, resultaría útil considerar este caso de explotación sexual, resultado de la pobreza de la familia de Mila y del desequilibrio de poder entre una niña de 15 años de edad y un hombre acomodado de 50, como una forma de violencia. Se puede considerar a la violencia como un factor de riesgo que incide negativamente en la salud física y mental de las mujeres de cualquier edad y por lo tanto, siempre que sea posible, al descubrir un caso se le debe poner fin sin importar el tipo de violencia del que se trate ni la edad de la mujer. Ahora bien, respecto a los daños ocasionados por una intervención, quizás Mila

abandonaría sus estudios, y con ello dejaría de recibir todos los beneficios prospectivos derivados de la educación escolar, entre ellos la posibilidad de salir de la pobreza.

Justicia:

Uno de los conceptos clave del principio ético de la justicia establece que en personas autónomas y, en la mayor medida de lo posible, en personas de autonomía limitada, quienes resulten más afectadas por una decisión deberían tener la mayor influencia al tomarla. Por consiguiente, Mila debería decidir a quién informar de su relación con el hombre de 50 años. Como es una menor madura, además de atención apropiada a su salud, tiene derecho a la confidencialidad de su caso médico y a decidir quién puede recibir información al respecto, es decir, su padre, su madre, la autoridad de salud escolar o alguien más. Quizás por esa razón el Dr. Chávez deberá ser poco explícito al desglosar el cobro de los servicios prestados, en caso de que el padre o la madre de Mila, la escuela u otras personas tengan acceso legítimo a sus registros médicos. Si los anticonceptivos recomendados requieren receta médica, el Dr. Chávez deberá aconsejar a Mila cómo hacer uso de la receta para preservar el mayor nivel de confidencialidad posible.

Si por el contrario no se considera que Mila sea una niña madura, se le debe brindar la debida protección; por ejemplo, el Dr. Chávez podría reportar el caso a personas o agencias que la puedan proteger, pero sin dejar de considerar el efecto que ello tendría en su formación académica y la posibilidad de que recurra a otros medios que le permitan pagar la colegiatura y no abandonar sus estudios. Asimismo, mientras siga en la relación, necesitará utilizar anticonceptivos y demás formas pertinentes de protección.

Más allá de las responsabilidades médicas del Dr. Chávez, se encuentran las de carácter ético a nivel de la justicia social. Existe una estrecha correlación entre los indicadores de buena salud y el acceso a la educación gratuita para todas las niñas, niños y adolescentes en edad escolar. La promoción del derecho a una educación accesible para niñas, niños y adolescentes, independientemente de su nivel de ingresos familiares, es considerada como parte integral de la atención a la salud a nivel de análisis macroético. Como individuo, y por su participación en una sociedad profesional, el Dr. Chávez tiene responsabilidades éticas para incidir a favor de un sistema escolar al cual puedan acceder las y los adolescentes sin tener que pasar por experiencias similares a la de Mila.

Referencias:

FIGO. Statement on Adolescent and Youth Reproductive Health Care and Confidentiality.

UNESCO Chair in Bioethics Reproductive Health Case Studies with Ethical Commentary B M Dickens, R J Cook, and E Kismodi.

Reproductive Health and Human Rights R J Cook, B M Dickens and M F Fathalla Oxford University Press, 2006.

Adolescentes y planificación familiar

Caso:

Patricia, una niña de 15 años de edad, tiene relaciones sexuales con Pablo, un joven de 19. Quieren casarse cuando Patricia cumpla 18. Acuden al área de ginecología de su hospital local y le piden al Dr. Ayala un método de planificación familiar. Patricia sufre epilepsia y toma fenitoína hace siete años, por lo que no es elegible para tomar anticonceptivos orales de dosis baja ni para usar un método inyectable combinado. El Dr. Ayala le aconseja que considere la posibilidad de utilizar un dispositivo intrauterino (DIU) de cobre y condones para no contraer infecciones de transmisión sexual (ITS).

La legislación local prohíbe las relaciones sexuales entre menores de 14 años, por un lado, y entre menores de 16, a menos que tengan parejas menos de tres años mayores, por el otro.

Preguntas:

Desde la perspectiva de la ética, ¿el Dr. Ayala puede aconsejarles a Patricia y a Pablo que usen métodos anticonceptivos?

¿Se considera ético que el Dr. Ayala le coloque un DIU a Patricia?

¿El Dr. Ayala tiene la obligación ética de informar al padre y a la madre de Patricia acerca de los anticonceptivos que le propone utilizar?

¿Se considera ético que el Dr. Ayala cobre sus servicios a los padres de Patricia?

Evaluación:

Dado que Patricia recurre a un tratamiento para controlar la epilepsia, se encuentran contraindicados los métodos anticonceptivos comunes de auto administración. La inserción de un DIU requiere los servicios de una ginecóloga o ginecólogo que le informe sobre el tipo de mantenimiento que requiere este dispositivo. Es importante que se proteja contra las ITS, porque dos terceras partes de los casos se presentan en menores de 25 años y una cuarta parte en adolescentes.

Las leyes que prohíben las relaciones sexuales con menores o adolescentes se han formulado para su protección. Por consiguiente, donde existan dichas leyes, la pareja sexual de mayor edad incurre en un delito, pero no así la parte más joven, porque a esta última se le considera la víctima, no quien perpetró o conspiró para la comisión del delito.

Análisis ético:

Respeto por las personas:

Si al Dr. Ayala le parece inaceptable responder a tal solicitud de asistencia, deberá remitir a Patricia y Pablo con otro médico o médica que los pueda atender. Brindarle protección a Patricia contra un embarazo no deseado mediante métodos médicos apropiados promueve su autonomía, pero Pablo, por su edad, por la vulnerabilidad de Patricia y de acuerdo con lo establecido en la ley, no puede tener relaciones sexuales con ella. Tiene derecho a recibir asesoría para prevenir un embarazo no deseado y para evitar contraer y transmitir una ITS.

Si Patricia tiene la madurez suficiente para tomar decisiones de carácter médico, entonces tiene derecho no sólo a aceptar atención médica para su protección, sino también para decidir con quién

compartir información al respecto. Por lo tanto, el Dr. Ayala puede respetar la decisión de Patricia de consultar o informar a sus padres acerca de sus decisiones sobre el tratamiento. Si las relaciones sexuales de Pablo y Patricia contravienen la ley, la situación no se puede remediar al obtener el consentimiento de su padre o de su madre. Si se le considera una menor con madurez, entonces puede decidir si requiere protección parental contra cualquier delito que cometiera Pablo.

Hacer el bien y evitar el daño:

Patricia se beneficia al protegerse contra un embarazo no deseado y al evitar contraer una ITS, mientras que Pablo se beneficia al informarse que está incurriendo en un delito al mantener relaciones sexuales con una persona que aún no ha cumplido los 16 años de edad. A Patricia también le conviene estar al tanto de lo que establece la ley si desea proteger a Pablo y evitar que siga incurriendo en un delito. El Dr. Ayala no puede aconsejarle a Pablo que tenga relaciones sexuales seguras con Patricia porque parecería que lo insta y secunda a incurrir en el delito, aunque sí le puede aconsejar de manera general que use anticonceptivos y protección contra las ITS con sus parejas.

Justicia:

La forma en que se remunere al Dr. Ayala por los servicios proporcionados a Patricia y a Pablo puede generar preocupaciones éticas relacionadas con la justicia. Si el Dr. Ayala cobra por sus servicios a los padres de Patricia o a su aseguradora, le podrían pedir que presente información sobre el tipo de servicios prestados. Entonces, para proteger la confidencialidad, la descripción de dichos servicios tendría que ser muy general, por ejemplo refiriendo a atención ginecológica sin mencionar específicamente los servicios de anticoncepción prestados. Asimismo, su factura no podrá cubrir la consulta de Pablo y si los servicios que ambos reciben se pagan con fondos públicos, se deberán especificar por separado los servicios que recibe cada uno, dado que ese tipo de fondos no se pueden aplicar éticamente para promover la seguridad de un acto o actos conjuntos que constituyan un delito. A menudo se dice que la ley establece una “ética mínima,” dado que el comportamiento ético usualmente exige más que la simple observancia de la ley. Es decir, la ética puede demandar que las personas vayan más allá de tan sólo cumplir con sus responsabilidades legales, aunque también implica que por lo general no se considera ético actuar o promover actos que vayan en contra de la ley.

Referencias:

- FIGO statement. Adolescent and Youth Reproductive Health Care and Confidentiality, 2.
- FIGO statement. Ethical Aspects of the Introduction of Contraceptive Methods for Women.
- FIGO statement. Ethics in Family Planning.

Anencefalia y aborto en etapas avanzadas

Caso:

Ana tiene 33 años de edad y es madre de tres hijos, de 11, 8 y 6 años. Forma parte de una familia de bajos ingresos integrada por su esposo de 37 años de edad, quien trabaja medio tiempo como chofer, mientras que ella labora ocasionalmente en un establecimiento de lavado de autos. Ana usaba un DIU como método anticonceptivo, pero un día lo expulsó espontáneamente y ahora tiene 23 semanas de embarazo. En la clínica comunitaria patrocinada por el gobierno le practicaron un ultrasonido y le diagnosticaron que tenía un feto anencefálico. La ley local permite la inducción del aborto por razones de salud física o mental de la mujer hasta las 20 semanas de gestación, excepto en circunstancias especiales. La Dra. Gómez, que atendió a Ana en la clínica, le habló de las probabilidades de que el feto anencefálico naciera muerto o que muriera prematuramente en caso de nacer vivo. Asimismo, le informó que tanto la clínica como ella misma se oponían al aborto y, como la anencefalia no es de origen genético, se podrían extraer los órganos del bebé tras su muerte para usarlos en trasplantes y ayudar a que sobrevivan otras niñas y niños enfermos. La decisión que tomaron Ana y su esposo fue solicitar la inmediata interrupción del embarazo.

Preguntas:

¿Existen razones éticas para que la Dra. Gómez proceda con la interrupción del embarazo?

La posibilidad de recuperar los órganos para trasplantarlos tras la muerte del bebé, ¿es razón para rehusarse a practicar el aborto?

¿Qué responsabilidades éticas asume la Dra. Gómez al negarse a practicar el aborto por ser objetora de conciencia?

¿Qué responsabilidades éticas asume la Dra. Gómez si la clínica no cuenta con equipo para efectuar un aborto tardío (después de las 20 semanas de gestación)?

Al responder a su solicitud, ¿se debe considerar que los intereses de los hijos de Ana tienen importancia ética?

Evaluación:

No se ha determinado con certeza la prevalencia de la anencefalia en países donde se practica el diagnóstico prenatal y existen leyes que contemplan el aborto, ya que los casos diagnosticados usualmente terminan en dicho procedimiento. Se estima que el trastorno ocurre aproximadamente en 1 de cada 1.000 nacidos vivos en Estados Unidos y en 6 a 8 de cada 1.000 en algunas partes del Reino Unido. La incidencia en nacidos vivos es más elevada donde existen restricciones legales para el aborto, como es el caso de Latinoamérica. La anencefalia es el defecto del tubo neural fetal más severo que se conoce y se presenta cuando el tubo neural no se cierra en la base del cráneo en la tercera o cuarta semana de gestación. Por lo tanto, se caracteriza por la ausencia parcial o total del cerebro y a menudo el tejido neuronal queda expuesto a lesiones ocasionadas por el líquido amniótico. El resultado en alrededor de 65% de los casos es un nacido muerto y cuando el bebé nace vivo no es viable, por lo general muriendo en horas o días. Se desconoce la etiología de la anencefalia, pero existen datos que sugieren que se deriva de una dieta inadecuada, en especial de la deficiencia de ácido fólico. La anencefalia se asocia al riesgo de trabajo de parto disfuncional y complicaciones durante el nacimiento, así como a cuidados neonatales caracterizados por tensión emocional hasta la muerte del bebé.

Análisis ético:

Respeto por las personas:

Por su autonomía, Ana tendría derecho al aborto si se le considera un caso excepcional permitido por la ley. El límite general de 20 semanas de gestación para practicar un aborto permite sopesar los riesgos para la salud de la mujer y los intereses del feto en caso de sobrevivir. Sin embargo, aun si nacen vivos, los fetos anencefálicos no son viables. La autonomía de la Dra. Gómez le permite rehusarse a participar en el aborto, pero debe remitir a Ana a una profesional adecuada que no sea objetora de conciencia. Referir a una paciente no equivale a participar en el aborto y, por lo tanto, no se requiere proteger la objeción de conciencia. De igual manera, la administración de la clínica no puede invocar objeción de conciencia porque administrar no significa participar directamente en los procedimientos practicados. Sin embargo, si la clínica no cuenta con lo necesario para efectuar un aborto tardío, entonces surge la cuestión de si el transferir a la paciente a una clínica equipada apropiadamente constituye una exigencia ética.

Hacer el bien y evitar el daño:

El feto no sufriría daño con el aborto, ya que carece de un cerebro funcional y no tiene capacidad de conciencia ni de experimentar dolor. Es posible que el tallo cerebral se encuentre en condiciones de apoyar actos reflejos, tales como respirar y responder ocasionalmente al sonido o al contacto, pero no es viable ni tratable. Posiblemente la Dra. Gómez sufriría algún daño si se le obligara a practicar el aborto en contra de sus convicciones. A Ana le beneficiaría no pasar por la experiencia de dar a luz a un bebé muerto o moribundo, pero también le podría ayudar a alguna niña o niño enfermo a sobrevivir al trasplantarle un órgano de su bebé después de muerto. Sin embargo, no existe certeza de si se determinará la muerte del bebé con tiempo suficiente para retirar los órganos que se puedan utilizar.

Justicia:

Tanto Ana como la Dra. Gómez tienen el mismo derecho a proteger su dignidad. En la resolución emitida en 2005 por el Comité de Derechos Humanos de la ONU respecto del caso de KL versus Perú, se indicó que el Estado había incurrido en distintas violaciones al Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos al permitir que agentes del Estado impidieran que se le practicara un aborto legal a una joven embarazada con feto anencefálico. Obligarla a dar a luz y a amamantar al recién nacido moribundo la llevó injustamente a sufrir una profunda depresión y se determinó que la decisión constituía trato cruel, inhumano y degradante. Por otra parte, obligar a la Dra. Gómez a practicar el aborto contra los dictados de su conciencia podría también resultarle degradante. Invitar a Ana a llevar el embarazo a término la podría librar de la intrusión de un aborto tardío y ofrecerle la oportunidad de mostrar su altruismo al autorizar la donación de órganos del bebé anencefálico después de su muerte, independientemente de si alguna niña o niño los pudiera recibir.

Referencias:

FIGO statement on Ethical Aspects in the Management of the Severely Malformed Fetus.

FIGO statement on Anencephaly and Organ Transplantation.

Figo Ethical Guidelines on Conscientious Objection.

R.J. Cook J.N. Erdman, M. Havia, B.M. Dickens. Prenatal Management of Anencephaly, International J. Gynecol Obstet, 2008; 102(3): 304-8.

Atención prenatal

Caso:

Francesca se encuentra embarazada por tercera vez. Tiene un niño y una niña saludables que nacieron después de dos embarazos normales. Actualmente, Francesca tiene 41 años de edad, está casada y es enfermera en un hospital. Durante este tercer embarazo notó un poco de sangrado genital a las 10 semanas, que después desapareció. Temía que fuera un aborto espontáneo pero su doctora la tranquilizó porque su examen clínico fue normal y el cérvix estaba cerrado. Sin embargo, a las 20 semanas se realizó un ultrasonido de rutina y se identificaron varias anomalías fetales: una malformación cardíaca severa, pies equinovaros y huesos nasales pequeños. La doctora le informó a Francesca que generalmente tales malformaciones indicaban riesgo de síndrome de Down o trisomía 21, que constituye una anomalía ocasionada por la presencia de un cromosoma adicional.

Por su experiencia profesional, Francesca sabe que se puede identificar la trisomía fetal con una muestra de líquido obtenida mediante amniocentesis y con un cultivo de células fetales en líquido amniótico. Sin embargo, la doctora le niega la amniocentesis porque las leyes del país prohíben interrumpir el embarazo por malformación fetal. También le explica que no se beneficiaría del diagnóstico prenatal de anomalía fetal y que se harían los estudios pertinentes sólo después del nacimiento del bebé, y que la malformación cardíaca probablemente no se pueda corregir con cirugía. Francesca sabe que el síndrome de Down conlleva riesgo de retraso mental y, además del problema cardíaco, una variedad de posibles enfermedades somáticas como la leucemia. Con profunda preocupación por la severidad de la malformación cardíaca y la desalentadora prognosis, al igual que la terrible experiencia que le esperan al bebé y a su familia en el futuro, Francesca le insiste a su doctora para que interrumpa el embarazo.

Preguntas:

Desde el punto de vista ético, ¿la doctora puede atender la solicitud de Francesca?

¿La doctora puede interrumpir el embarazo, sin contravenir los principios de la ética, con la finalidad de preservar la salud física o mental de Francesca, en caso de que la ley contemple esa causal?

¿La doctora puede considerar con fundamento en la ética el daño que les ocasionaría a la hija y al hijo de Francesca el nacimiento de un bebé con discapacidades severas?

¿Es ético negar el diagnóstico prenatal cuando el feto puede presentar malformaciones graves e incurables antes o después del nacimiento?

Evaluación:

El riesgo de síndrome de Down aumenta cuando la madre tiene más de 35 años de edad. Se calcula que después de los 41 se presenta en 1% a 2% de los casos. En todas las embarazadas que otorguen su consentimiento, los estudios de detección del síndrome de Down son mucho más eficientes en el primer trimestre, entre las 11 y las 14 semanas de gestación. Se pueden identificar malformaciones fetales, incluidas la malformación cardíaca y la atresia duodenal —que sugieren la posibilidad del síndrome de Down—, con un estudio de ultrasonido en el segundo trimestre. Por lo tanto, se considera recomendable realizar la amniocentesis y, de encontrarse pruebas del síndrome de Down, analizar con la mujer la posibilidad de interrumpir el embarazo.

Las leyes sobre la interrupción del embarazo por indicaciones médicas varían de un país a otro. En algunos se permite en casos graves de malformación o enfermedad fetal, incluso hasta el final del embarazo. En otros sólo se autoriza la interrupción hasta la semana 28, la 24 o antes. Mientras que en

otros, donde se le prohíbe en casi todos los casos, sólo se practica cuando la vida o la salud de la mujer corren grave peligro.

En todos los países se prohíbe activamente inducir la muerte del neonato (la eutanasia neonatal), incluso en bebés con malformaciones severas. Asimismo, no se puede imponer a la mujer que no otorga su consentimiento libre e informado, el diagnóstico prenatal ni la interrupción del embarazo.

Análisis ético:

Respeto por las personas:

En principio, la autonomía personal requiere que la mujer tenga la libertad de decidir si quiere dar a luz o no a un bebé con malformaciones y discapacidades severas e incurables. Si lo desea, puede decidirlo en consulta con su pareja y/o familiares. Puede optar por interrumpir el embarazo por dos razones relacionadas: no quiere que su bebé sufra la terrible experiencia de una vida de sufrimientos y no se siente con la fuerza emocional necesaria para sobrellevar las discapacidades de su bebé y de los posibles efectos en la familia. Sin embargo, en muchos países, leyes con distintos grados de restricción niegan la autonomía de las mujeres.

Hacer el bien y evitar el daño:

El principio de hacer el bien al bebé exige un equilibrio entre la conveniencia del nacimiento frente al daño de una vida futura que quizás implique angustia y dolor desmesurados. Sin embargo, existen casos de niñas y niños con discapacidades menos graves que sobreviven con síndrome de Down y que pueden disfrutar años de una vida tranquila y ser fuente de placer y compañía para otras personas.

Justicia:

En escenarios donde la interrupción del embarazo por razones médicas es ilegal, las y los médicos tienen la obligación ética de obedecer la ley y de aconsejar y apoyar a las pacientes y a sus familias. Se ha sabido de casos donde llegan a los límites de las leyes que prohíben la interrupción del embarazo por indicaciones médicas al dar preeminencia a su obligación ética antes que a sus obligaciones legales estrictas. Hay quienes también aconsejan a sus pacientes que un procedimiento que es ilegal en ese país, puede ser accesible según las leyes de otro. La obligación es obedecer la ley, no necesariamente respetarla. Según la ética, el personal médico tiene el derecho —y quizás la obligación— de instar a que se reformen las leyes opresivas que dañan la salud de las pacientes, en particular la salud de las mujeres vulnerables.

Referencias:

FIGO statement on Ethical Aspects in the Management of the Severely Malformed Fetus.

FIGO statement on Ethical Issues Concerning Prenatal Diagnosis of Disease in the Conceptus.

FIGO statement on The Role of the Ob/Gyn as an Advocate for Women's Health.

La bioética y las organizaciones religiosas

Caso:

A las y los médicos del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital de la Ciudad, presidido por el Dr. Cervantes, se les ha informado que recibirán subsidios gubernamentales para la atención de sus pacientes y para llevar a cabo tareas de investigación, con la condición de que formen un comité que revise sus prácticas y propuestas de investigación, de acuerdo con estándares modernos de bioética. El Hospital de la Ciudad proporciona servicios a una población urbana de etnias y religiones diversas y presenta una tasa relativamente alta de infertilidad y de mortalidad y morbilidad materna. El hospital es administrado y mantenido por una fundación religiosa, cuyo director ejecutivo pide al Dr. Cervantes que se asegure de que el comité se componga mayoritariamente por fieles practicantes de la religión profesada por las y los integrantes de la fundación, a fin de respetar los valores religiosos de la misma.

Preguntas:

¿El Dr. Cervantes puede atender la solicitud?

¿El Dr. Cervantes puede cumplir con la solicitud si la religión prohíbe que las mujeres ocupen cargos de influencia dentro de su jerarquía de autoridad?

¿El Dr. Cervantes debe garantizar la independencia del comité?

Evaluación:

Los establecimientos de salud fundados por instituciones religiosas tienen la prerrogativa de maximizar la observancia de los valores religiosos que respetan y promueven. La bioética es una disciplina pluralista y secular, en tanto no incorpora ningún sistema de creencias en lo sobrenatural. Implementa prácticas y políticas fundamentadas en la evidencia y no en la fe, y sus valores se relacionan con derechos humanos y no con convicciones religiosas. Asimismo, su metodología se basa en el cuestionamiento analítico de afirmaciones de conducta correcta y no en la obediencia a una autoridad jerárquica.

El importante principio bioético de respetar a las personas demanda que se muestre sensibilidad hacia su fe religiosa y que no se les exija actuar o aceptar comportamientos que ofendan sus convicciones religiosas. El Tribunal Constitucional de Colombia, por ejemplo, resolvió que las instituciones, como tales, no pueden invocar la objeción de conciencia para no realizar procedimientos médicos legales porque los derechos humanos a la libertad de conciencia y de culto sólo los pueden ejercer seres humanos, no corporaciones constituidas conforme a la ley.

Análisis ético:

Respeto por las personas:

La autonomía de las personas capaces de tomar sus propias decisiones exige que se respeten sus preferencias religiosas y que no se les obligue a someterse a valores religiosos que no comparten. Por consiguiente, se les debería ayudar a acceder a procedimientos de salud legales y apropiados con base en sus necesidades, sin importar que las y los fieles de algunas religiones los consideren inaceptables, así como negarse a recibir procedimientos que consideren objetables, sin importar que otros los consideren aceptables. Asimismo, el personal médico debe proporcionar a sus pacientes información

sobre procedimientos legales indicados para sus circunstancias, según criterios médicos, independientemente de que se nieguen a llevarlos a cabo por ser contrarios a los dictados de su conciencia. Las pacientes pueden ser remitidas por su médica, médico o terceros para ser atendidas por personal de salud razonablemente accesible y con la capacidad y disposición para efectuar los procedimientos en cuestión.

Debido a su dependencia, las pacientes que solicitan atención son vulnerables a que sus preferencias se vean subyugadas por quienes poseen el poder conferido por sus conocimientos en medicina y demás disciplinas. Se considera un abuso de poder que se obligue a las pacientes a recibir servicios que ofendan sus valores religiosos o que se les niegue información y/o atención pertinente a sus circunstancias por contravenir los valores de las instituciones o del personal de salud.

Hacer el bien y evitar el daño:

Resulta beneficioso para las instituciones el poder operar de manera consistente con los valores religiosos —o de otro tipo— que las inspiran. Sin embargo, resulta perjudicial cuando dichas instituciones inducen a poblaciones pluralistas a depender de ellas para recibir atención médica u otro tipo de servicios, pero se niegan a brindar servicios de salud legales por considerarlos objetables y ser contrarios a sus creencias religiosas. También se puede considerar un engaño que finjan operar de acuerdo con normas bioéticas cuando en realidad se apegan solamente a creencias religiosas. Si la población atendida por el Hospital de la Ciudad tiene acceso a otros hospitales, el personal médico del Departamento de Ginecología y Obstetricia puede remitir a las pacientes para que se les brinden servicios que ofenderían los valores religiosos de la fundación del hospital. Como las pacientes cuentan con acceso razonable, e incluso a precios asequibles, en otros hospitales, el Dr. Cervantes puede entonces cumplir, sin violar los principios éticos, con la solicitud relacionada con la composición del comité de bioética, haciendo público dónde se ofrecen los servicios que el hospital no presta. Caso contrario, se deberá optar entre aceptar el apoyo gubernamental y prestar los servicios conforme a los estándares pluralistas de la bioética o bien, por otro lado, preservar los valores religiosos y olvidarse del subsidio y apoyo gubernamentales y tolerar los daños derivados de no reducir las elevadas tasas de infertilidad y de mortalidad y morbilidad materna.

Justicia:

La salud reproductiva en general, y la ginecología y obstetricia en particular, se ocupan fundamentalmente de la salud de las mujeres. Las reglas éticas que distinguen entre prácticas adecuadas e inadecuadas en esos ámbitos deberían basarse en el impacto producido en las mujeres y en sus percepciones y experiencias. Se ha cuestionado si las reglas que afectan principalmente la salud de las mujeres, desarrolladas por instituciones que no las incluyen en sus niveles superiores de autoridad, realmente pueden tener validez ética. Numerosas religiones narran historias sobre la subordinación, exclusión y pasividad de las mujeres, cuya fuerza no ha cambiado con el tiempo y que las creyentes consideran demasiado difícil contrarrestar.

La justicia demanda que los comités de revisión ética actúen de manera independiente de otras autoridades y evalúen la relevancia y prioridad de los principios éticos sin recibir indicaciones de terceros, aunque manteniendo una actitud abierta a aceptar explicaciones que consideren que tengan validez ética. Estos comités se encontrarán en un conflicto de intereses inaceptable si adaptan sus razonamientos y conclusiones para recibir favores de autoridades religiosas o de otro tipo que no formen parte del comité, o por temor a sanciones espirituales impuestas por las autoridades religiosas si opinan que sus conclusiones independientes son escandalosas o heréticas. El poder para desafiar y contradecir a otras personas, aun cuando ocupen posiciones de autoridad, caracteriza y constituye un

elemento indispensable del discurso bioético moderno. Evidentemente, los valores religiosos pueden orientar los juicios bioéticos, pero no se puede exigir que éstos obedezcan percepciones o doctrinas religiosas.

Referencias:

FIGO statement on an Ethical Framework for Gynecologic and Obstetric Care.

FIGO statement on The Role of the Ob/Gyn as Advocates for Women's Health.

FIGO statement on Ethical Aspects of Sexual and Reproductive Rights.

FIGO Ethical Guidelines on Conscientious Objection.

Cesárea a solicitud de la paciente

Caso:

Natalia, de 37 años de edad, está embarazada por primera vez. Es gerente ejecutiva de una importante casa editorial. Goza de buena salud, pero después de casi dos años de matrimonio sin lograr el buscado embarazo, tuvo que recibir tratamiento para inducir la ovulación y poder embarazarse. El seguimiento de su embarazo se llevó a cabo sin problemas y sabe, por el ultrasonido, que su bebé es varón. A las 34 semanas, es decir, a los 7 meses y medio de gestación, habla sobre el parto con su obstetra. Natalia quiere que se le practique una cesárea porque, a sus 37 años, y por el trabajo tan demandante que realiza, quizás no tenga más niños. Fue hija única y ha esperado tanto a ese bebé que no quiere que le ocurra nada malo en el trabajo de parto o al momento de dar a luz. Sobre todo, admite que es más bien vanidosa y le preocupa su apariencia y su integridad corporal. Teme sufrir el prolapso futuro de algún órgano e incontinencia urinaria. No le importa tener una cicatriz transversal en la zona púbica porque se la pueden quitar más adelante con cirugía estética.

Preguntas:

¿Debería la obstetra de Natalia aceptar su petición y practicarle la cesárea?

¿Cuáles son las obligaciones éticas de la obstetra para con Natalia en caso de no atender su solicitud?

Desde el punto de vista ético, ¿existiría alguna diferencia si el procedimiento fuera financiado por un seguro público o privado?

Evaluación:

Se ha observado un aumento en el número de cesáreas practicadas a solicitud de las pacientes, sin que exista ninguna indicación médica para su realización. Por ejemplo, 31% de las obstetras del Reino Unido piden recibir una cesárea cuando están embarazadas con un solo feto, sin complicaciones y con presentación cefálica a término. Argumentan que temen a las lesiones perineales ocasionadas por un parto vaginal, a las secuelas de largo plazo, tales como la incontinencia urinaria y/o daños de los esfínteres del ano, a los efectos de largo plazo en la función sexual, y a ocasionarle daños al bebé. En cuanto a la actitud del personal obstétrico, en Europa, en lo que respecta a aceptar y atender la solicitud de una mujer que desea recibir una cesárea, las tasas más bajas de cesáreas practicadas a petición de las mujeres son 14% en España, 19% en Francia y 22% en los Países Bajos. Las más elevadas se observan en Alemania (75%) y en el Reino Unido (79%).

Se debe informar, tanto a obstetras como pacientes, que en embarazos a término de un solo feto y sin complicaciones, el riesgo de mortalidad materna y de morbilidad severa (es decir, embolia pulmonar) es tres veces mayor con una cesárea que con un parto vaginal. De igual manera, para el recién nacido, el riesgo de enfermedad respiratoria o de alguna otra complicación puede ser 40 veces mayor con una cesárea que con el parto vaginal. Finalmente, la cesárea no le garantiza a la mujer que no ocurrirá daño perineal. La incontinencia urinaria y el prolapso de los órganos genitales se derivan en parte del embarazo mismo y de la relajación fisiológica de los tejidos perineales y, por lo tanto, son inevitables.

Análisis ético:

Respeto por las personas:

El principio de autonomía establece que las personas pueden decidir qué es mejor para sí

mismas, incluso en el área del manejo de la atención médica, y que por ende tienen la libertad de decidir si les parece aceptable el tratamiento o estrategia que se les propone. Todo individuo tiene derecho a rehusarse a recibir un procedimiento quirúrgico propuesto por el personal médico que lo atiende. Sin embargo, eso no significa que una paciente tenga derecho a exigir una cirugía como la cesárea a obstetras que se nieguen a realizarla.

Realizar el bien y evitar el daño:

Siempre que se requiera una cesárea por indicación médica debido a un trastorno materno o fetal, el beneficio del procedimiento sobrepasará los posibles daños y, por lo tanto, su realización se justificará de acuerdo con principios éticos. Por el contrario, si se considera que el riesgo de una cesárea practicada por una razón no médica supera los beneficios, la o el médico tiene justificación ética para rehusarse a practicarla, alegando objeción de conciencia y la obligación moral de remitir a la paciente a obstetras que usualmente atiendan tal solicitud. Un preciado e intensamente deseado bebé no constituye en sí mismo una indicación de cesárea, a menos que se considere que algunos resultan más preciados que otros, lo que se consideraría éticamente inaceptable.

Justicia:

Si Natalia desea abonar el procedimiento con su propio dinero, el caso podría equipararse al de una cirugía estética, disponible como medicina de lujo para las personas con los recursos necesarios para costear el servicio. Sin embargo, si su embarazo se maneja en un centro de salud financiado con fondos públicos, proporcionarle la cesárea por razones no médicas podría ocasionar retrasos en los servicios a terceros u obstaculizar su disponibilidad para quienes los requieran por razones médicas, tales como en situaciones de emergencia. Por consiguiente, su obstetra, y quizás otras personas responsables de la asignación de los recursos del hospital o clínica, tendrán que evaluar si se justifica conceder el deseo de Natalia de tener un parto quirúrgico. Incluso si ella paga el procedimiento de su propio bolsillo, podría surgir la preocupación de si con ello se privaría de tratamiento oportuno y calificado a quienes dependen de la provisión pública de servicios de salud. Tal escenario revela una preocupación de carácter macroético sobre el equilibrio y la interacción de servicios de salud públicos y privados concurrentes, en especial cuando existen médicas y médicos que trabajan en ambos sistemas al mismo tiempo.

Referencias:

FIGO statement on Ethical aspects regarding caesarean delivery for non-medical reasons.

FIGO Ethical Guidelines on Conscientious Objection.

Atención domiciliaria del parto

Caso:

Marta vive en una zona rural y tiene 28 años de edad. Dio a luz a sus dos niñas —que tienen 2 y 5 años— en el hospital más cercano, que se encuentra a 40 kilómetros de su domicilio. La atendió la Dra. Tena, que es obstetra residente y semi-retirada. Los dos partos transcurrieron de manera relativamente normal, aunque el segundo presentó algunas complicaciones poco importantes. Marta tiene ahora 6 meses de embarazo y existe el historial de parientes lejanos que tuvieron gemelos. Le pidió la Dra. Tena que atendiera su parto en su domicilio porque su esposo trabaja muchas horas lejos de allí y no quiere dejar a sus niñas sin atención adecuada. Además, la Dra. Tena se entera de que la familia no puede pagar el parto ni los cuidados correspondientes en el hospital. La doctora vive cerca del hospital y no le resulta fácil desplazarse 30 minutos o más para ir y venir de la casa de Marta.

Preguntas:

Con base en principios éticos, ¿la Dra. Tena puede decirle a Marta que el parto domiciliar no es tan seguro como uno en el hospital, y que debe encontrar la forma de dar a luz en este último?

Desde el punto de vista de la ética, ¿la Dra. Tena debería buscar los medios para atender el parto de Marta en su domicilio?

¿La Dra. Tena puede aconsejar a Marta, sin violar la ética, que solicite los servicios de una partera o de alguna otra persona, como una enfermera, con la capacitación adecuada para atender el parto en su casa?

Evaluación:

En muchas partes del mundo a las mujeres no les queda más remedio que dar a luz en sus hogares. Cuando tienen la opción, los partos de alto riesgo claramente se manejan mejor donde existen los recursos necesarios para hacerlo. Según el informe de 1996 de un grupo de trabajo técnico del Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas de la OMS, en el caso de nacimientos normales de bajo riesgo, no se encontraron datos concluyentes sobre la seguridad relativa de los nacimientos institucionales comparados con los domiciliarios y, por lo tanto, no se ha demostrado que un parto domiciliar conlleve mayores riesgos para las mujeres y/o sus bebés. Posiblemente los hogares no se encuentren tan libres de infecciones como los escenarios clínicos estériles, pero existen infecciones nosocomiales (generadas en un hospital) y errores como la identificación incorrecta de los bebés, que no suceden al atender a las mujeres en sus casas. En 2010, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos se basó en ese informe para establecer que cualquier ley que inste al personal médico a influir en la decisión de una mujer de tener un parto programado en su domicilio viola su derecho humano a que se respete su vida privada.

Análisis ético:

Respeto por las personas:

Al atender la solicitud de Marta, la Dra. Tena estaría respetando su autonomía. Sin embargo, al trabajar de forma independiente, no tiene la obligación de cumplir los deseos de la paciente, a menos que previamente hayan llegado a un acuerdo. Al dar a luz en su casa, sin la asistencia de una obstetra, Marta conservará su autonomía. Sin embargo, se encontrará en una situación de vulnerabilidad al no recibir asistencia adecuada de personal calificado. Por consiguiente, la Dra. Tena podría recomendarle que solicite servicios apropiados, como los de una partera o una enfermera capacitada que pueda

manejar un parto en casa y que, de presentarse complicaciones que no pueda resolver debidamente, garantice su traslado a un hospital.

Hacer el bien y evitar el daño:

Independientemente de la decisión que tome la Dra. Tena en lo que respecta a atender el parto de Marta en su casa, se deberá prestar atención a las directrices ofrecidas en el informe de la OMS. Ello requerirá que la preparación sea lo más completa posible, de acuerdo con las circunstancias del caso, contando con un espacio limpio, adecuado y cálido para el alumbramiento; se necesitará también agua limpia, el lavado cuidadoso de las manos y ropa o toallas tibias para envolver al bebé. El informe de la OMS recomienda también que se utilice un equipo de parto que permita preservar la limpieza y la esterilidad, así como tratar correctamente el cordón umbilical. Asimismo, sin ocasionarle a Marta ansiedad indebida o dar la apariencia de que se intenta persuadirla de tener al bebé en el hospital, la Dra. Tena debería informarle que las mujeres con alto riesgo de complicaciones en el parto no siempre se sienten enfermas ni con dolor. Por consiguiente, le deberá informar sobre las formas de intervención médica requeridas en caso de que ella y/o el bebé enfrenten una situación de emergencia.

Justicia:

Si bien el Tribunal Europeo de Derechos Humanos reconoció el derecho a la privacidad de las mujeres, que incluye la posibilidad de decidir tener un parto en casa, al igual que muchos otros derechos humanos, es probable que éste sea negativo y no positivo. En otras palabras, aunque las leyes de un país no interfieran en la atención a los partos en casa provista por médicas, médicos y otro tipo de profesionales, no se impone a nadie la obligación de promoverlos. En efecto, los Estados tienen la obligación de fomentar la maternidad sin riesgos y de contar con hospitales, clínicas y otros centros de salud, así como con personal capacitado para ese fin. Sin embargo, no necesariamente están obligados a atender todo nacimiento en los hogares si las mujeres pueden acceder a dichos establecimientos de salud. Por lo tanto, la Dra. Tena no tiene la obligación ética de atender el parto de Marta en su casa, pero sí la opción de hacerlo. La decisión de atender o no la solicitud de Marta, o de aconsejarle o garantizar que encuentre una partera u otro profesional adecuado, así como el respaldo de un hospital en caso de surgir complicaciones maternas y/o neonatales inesperadas, dependerá del juicio ético que realice la Dra. Tena.

Referencias:

FIGO statement on Home Birth.

FIGO statement on the Ethical Framework for Gynecologic and Obstetric Care.

FIGO statement on Safe Motherhood, 2006.

WHO Safe Motherhood, "Care in Normal Birth: a practical guide," 1996 (WHO/FRH/MSM/96.24).

Investigación clínica

Caso:

El Dr. Campos es el único médico general que trabaja en un área tropical, localizada a cierta distancia de ciudades importantes. Una compañía farmacéutica extranjera se comunicó con él para preguntarle si participaría en un estudio de investigación de un nuevo medicamento para mejorar el tratamiento de una enfermedad tropical común en el área donde ejerce. Su tarea consistiría en reclutar pacientes para participar en la investigación, observar sus reacciones al tratamiento experimental y reportar los hallazgos al administrador del estudio. A cambio de realizar esas actividades, el Dr. Campos puede optar por recibir remuneración económica o varios productos gratuitos de la farmacéutica, de acuerdo con el número de pacientes que haya reclutado.

Preguntas:

Desde la perspectiva de la ética, ¿el Dr. Campos puede reclutar a sus pacientes para participar en la investigación?

Al aceptar remuneración económica por reclutar pacientes para el estudio, ¿el Dr. Campos incurriría en un conflicto de interés?

¿Se justificaría éticamente la participación del Dr. Campos en el estudio en caso de que aceptara la oferta de productos farmacéuticos gratuitos para sus pacientes?

¿La participación del Dr. Campos en el estudio le daría derecho a ser coautor de la publicación de los resultados?

Evaluación:

La investigación revierte la relación tradicional que existe entre las y los profesionales médicos y sus pacientes. En esa relación, el médico o médica atiende las necesidades de sus pacientes, mientras que, en un estudio clínico, el sujeto de investigación se encuentra al servicio de las y los investigadores. Cuando el personal médico se integra a un equipo de investigación y sus pacientes se convierten en objetos de estudio, puede no quedar claro a ninguna de las partes que su relación ha cambiado y se ha revertido. Por otro lado, también cambian los requisitos del consentimiento informado de pacientes/sujetos, en tanto las y los candidatos a participar en la investigación deben ser informados que el tratamiento propuesto es nuevo y no ha sido probado, que acarrea riesgos y efectos secundarios no definidos y que incluso pueden optar por uno de los tratamientos recomendados normalmente por sobre el propuesto en la investigación. Más aun, aunque se espera que el sujeto de investigación actúe de manera altruista, existe un creciente debate ético sobre si a diferencia de las y los pacientes, se debe ofrecer remuneración económica al sujeto de estudio. Se cree que un sujeto debe recibir atención médica sin necesidad de pago, incluidos los cuidados por problemas de salud diferentes a aquéllos que motivaron su participación en el estudio. En algunas circunstancias, como es el caso de participantes provenientes de escenarios carentes de servicios de salud, puede requerirse desde el punto de vista ético que se satisfagan las necesidades generales de atención de dichas personas.

Análisis ético:

Respeto por las personas:

El respeto a las y los pacientes exige que el Dr. Campos les informe de cualquier propuesta de tratamiento. Sin embargo, deberán saber que dicho tratamiento no se basará en el punto de vista desinteresado del doctor, que prioriza el bienestar de sus pacientes, sino en los requerimientos de un

protocolo de investigación. El respeto también exige que el Dr. Campos tome medidas activas para evitar que sus pacientes acepten la “falsa idea” que posiblemente tengan de que cualquier forma de tratamiento propuesta por el doctor busca primordialmente —y probablemente logre— su beneficio.

Como pacientes, son vulnerables a las sugerencias del Dr. Campos respecto del tratamiento que deben recibir. Según las opciones terapéuticas disponibles para sus pacientes, no existe necesariamente una contradicción entre la recomendación del Dr. Campos de que reciban el medicamento del estudio y su genuina convicción de que dicho tratamiento busca el bienestar de sus pacientes. Sin embargo, tal vez no puedan consultar una opinión independiente sobre lo más conveniente, ni cuenten con los medios para evaluar de manera también independiente si la información que les proporcionó el Dr. Campos sobre los beneficios derivados de su participación en el estudio resuelve cualquier conflicto de interés relacionado con la recomendación del doctor.

Hacer el bien y evitar el daño:

La revisión ética independiente de una propuesta de investigación clínica debería evaluar si dicha propuesta ofrece suficientes beneficios terapéuticos o de otro tipo, de manera de justificar los riesgos que ésta conlleva. De ser así, todavía se debe determinar con qué o quién se relacionan los beneficios y quién se expondrá a los riesgos. Generalmente, las personas expuestas a los riesgos son las y los participantes de un estudio de investigación, que pueden ser pacientes que acuden a recibir atención médica. Si el estudio promete beneficiar a las y los pacientes de forma proporcional a los riesgos a los que se exponen y éstas/éstos otorgan su consentimiento informado, se puede considerar benéfico desde el punto de vista terapéutico o desde otra perspectiva.

Los beneficios que el estudio conlleva para el Dr. Campos son la remuneración económica o la provisión de productos farmacéuticos gratuitos. Otro beneficio sería que el Dr. Campos destinara parte de sus ingresos para subsidiar el tratamiento de pacientes pobres o que pusiera a disposición de sus pacientes los medicamentos indicados sin cargo alguno. Sin embargo, si el Dr. Campos usa su remuneración o vende los productos regalados por la farmacéutica para enriquecimiento personal, sus pacientes quizás no se beneficien al aceptar los riesgos que conlleva un tratamiento no probado (aunque no necesariamente perjudicial).

Justicia:

Como consecuencia del desequilibrio de poder que existe entre las y los médicos y sus pacientes, surgen inquietudes relacionadas con el concepto de justicia. Generalmente, las y los médicos poseen un grado considerable de autoridad en lo que respecta al acceso de sus pacientes a los servicios apropiados, mientras que las y los pacientes que padecen enfermedades y dependen del personal médico para recibir tratamiento llegan a sentirse incapaces de actuar en contra de las preferencias médicas expresas o implícitas. La premisa ética inicial es que el personal médico no debe reclutar a sus pacientes para participar en un estudio de investigación, ya que éstos podrían sentir la obligación de cumplir con sus peticiones o sugerencias. Las y los médicos no deberían solicitar favores a sus pacientes. Sin embargo, el personal médico debe esforzarse por preservar el bienestar de sus pacientes y, por esa razón, el Dr. Campos, de buena fe, podría decidir que sus pacientes se beneficiarían más al participar en el estudio. Por otra parte, debería informarse sobre los beneficios que obtendría el Dr. Campos, pero el hacerlo podría ocasionarse que sus pacientes sientan que no le pueden negar tales beneficios al Dr. Campos al rehusarse a recibir el tratamiento experimental y optar por el usual. Podría suceder también que, al ofrecerles la opción de recibir un tratamiento u otro, no les resultara posible consultar una opinión independiente.

Referencias:

FIGO statement on Just inclusion of women of reproductive age in research.

FIGO Guidelines for physicians' relationships with industry.

World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects, as amended 2008.

B.M. Dickens, R.J. Cook. Challenges of ethical research in resource-poor settings. *Int J. Gynecol Obstet* 2003; 80 (1): 79-86.

Conflictos de interés

Caso:

El Dr. Sánchez es dueño de un edificio de dos pisos ubicado cerca del centro de la ciudad. En el piso superior se encuentra su muy concurrido consultorio ginecológico. El primer piso lo renta a una farmacia de la cual es socio con un porcentaje de participación del 40%. La farmacia emplea a tres farmacéutas y se encuentra abierta las 24 horas del día. Es un negocio muy redituable.

El Dr. Sánchez receta muchos medicamentos e informa a sus pacientes acerca de productos y dispositivos que no requieren receta y que pueden utilizar en lugar de los recetados. La mayoría de sus pacientes acuden a la farmacia de la planta baja para comprar los medicamentos recetados. El Dr. Sánchez no informa a sus pacientes de sus intereses económicos en la farmacia, a menos que alguien le pida que le recomiende alguna.

Cuando un funcionario responsable de otorgar cédulas a profesionales médicos para autorizarles a ejercer le preguntó al Dr. Sánchez acerca de sus intereses en la farmacia, éste respondió que primordialmente buscaba garantizar la calidad y conveniencia de los servicios del establecimiento, así como que la política de precios de la farmacia fuera sensible al nivel de ingresos de la comunidad local. También explicó que nunca informa a sus pacientes acerca de su participación en la farmacia —a menos que le pidan que les recomiende alguna— para evitar que piensen que deben ir a esa farmacia y que no tienen la opción de acudir a otros establecimientos.

Preguntas:

¿Se debería permitir a médicos y médicas tener intereses económicos en farmacias que surtan sus recetas?

¿Se debería permitir a médicos y médicas rentar locales a farmacias que surtan sus recetas y se encuentren cerca de sus consultorios?

¿El Dr. Sánchez debería informar voluntariamente a la totalidad de sus pacientes acerca de su participación accionaria en la farmacia ubicada en la planta baja del edificio?

¿Se le debería permitir al Dr. Sánchez que informe, a quienes piden que les recomiende una farmacia, que tiene intereses comerciales y participación económica en la farmacia de la planta baja?

¿Los médicos y médicas que no sean objeto de ninguna prohibición, deberían solicitar aprobación a las autoridades que otorgan cédulas profesionales y/o a las asociaciones profesionales antes de tener participación económica o rentar un local a farmacias que surtan sus recetas?

Evaluación:

Diferentes estudios han demostrado que, por cada 100 pacientes, los médicos y médicas que tienen intereses comerciales en farmacias y laboratorios clínicos elaboran más recetas y solicitan más estudios que los profesionales que no tienen ese tipo de intereses. En algunos países, las autoridades que otorgan cédulas profesionales, además de prohibirles la participación en farmacias y laboratorios clínicos, no les permiten rentarles espacios cerca de sus consultorios por considerar a este acto como un conflicto de interés. Por otra parte, se han observado mayores tasas de error al surtir medicamentos en farmacias que carecen de supervisión médica que en aquellas que se encuentran bajo dicha vigilancia.

Análisis ético:

Respeto por las personas:

Las personas atendidas por el Dr. Sánchez mantienen su autonomía para comprar las medicinas prescritas por éste en el lugar de su preferencia. Quienes acuden a la farmacia de la planta baja no saben que al surtir sus recetas y realizar otras compras benefician al Dr. Sánchez. Algunas personas preferirán comprar sus medicinas donde éste tenga influencia por confiar en que el establecimiento cumplirá con las normas correspondientes. Quienes no sepan a qué farmacia acudir y le pidan que les recomiende algún establecimiento, se enterarán por el Dr. Sánchez de su participación económica en la farmacia de la planta baja.

Hacer el bien y evitar el daño:

A las y los pacientes que vivan cerca del consultorio del Dr. Sánchez les puede convenir usar la farmacia en cuestión, pero quienes vivan en lugares más retirados quizás prefieran acudir a las farmacias que se encuentren cercanas a su domicilio. El Dr. Sánchez no presiona a sus pacientes ni influye en sus preferencias, pero orienta a quienes piden una recomendación.

Justicia:

Al no ofrecer información sobre sus intereses en la farmacia, el Dr. Sánchez trata por igual a sus pacientes. Sólo informa a quienes piden que les recomiende una farmacia confiable. Las y los pacientes que no reciben información pueden ir a otras farmacias y arriesgarse a recibir servicios menos confiables. El Dr. Sánchez no atenta contra la competencia justa entre distintas farmacias al indicar a sus pacientes que se dirijan al negocio de la planta baja.

Referencias:

FIGO Guidelines for Physician Relationships with Industry.

H. Brody. Clarifying Conflict of Interest. *American Journal of Bioethics*, 2011; 11(1): 23- 28.

R.G. Speece, D.S. Shimm, A.E. Buchanan (editors). *Conflicts of Interest in Clinical Practice and Research* – New York: Oxford University Press, 1996.

T.L. Carson, Conflicts of Interest and Self-Dealing in the Profession. *Business Ethics Quarterly* 2004; 14(1): 161-182.

Control de costos

Caso:

Al Dr. Martínez, miembro del personal médico del Hospital del Centro de la Ciudad, le preocupa Rosa, una paciente de 27 años de edad que cursa un embarazo de 8 semanas y se queja de dolor abdominal. Como no puede identificar la causa de dicho dolor, Rosa, una enfermera calificada, le pide al Dr. Martínez que solicite una tomografía computarizada, la que se puede tomar con el equipo de baja dosis con que cuenta el hospital. Al Dr. Martínez le parece apropiado y entiende que el procedimiento no presenta riesgos para el embarazo de Rosa, pero se siente presionado por la administración del hospital que le exige no utilizar el equipo injustificadamente por su elevado costo de operación. Asimismo, la asociación médica local ha instado a todo el personal médico a disminuir el uso innecesario del procedimiento, mientras que la secretaría gubernamental que financia al hospital ha amenazado con limitar los fondos asignados al establecimiento si no controlan los costos.

Preguntas:

Desde el punto de vista ético, ¿el Dr. Martínez tiene la obligación de atender la petición de Rosa y ordenar una tomografía?

Con base en principios éticos, ¿el Dr. Martínez puede decirle a Rosa que la tomografía no resulta estrictamente necesaria para su caso y optar por no solicitarla?

¿El Dr. Martínez puede consultar a un colega que no atienda a Rosa para llegar a una decisión conjunta sobre la conveniencia de solicitar la tomografía o no?

¿El Dr. Martínez puede hacer uso de su juicio clínico para solicitar la tomografía pero, a la vez, invitar a la administración del hospital a vetar su petición por razones financieras?

Evaluación:

En escenarios donde una población de pacientes actuales y potenciales dependa de reservas de recursos limitados para la atención de su salud, el personal médico o de otras disciplinas puede encontrarse ante el dilema de brindar el mayor beneficio a una paciente en particular, por ejemplo, sin importar el efecto producido en otro grupo de pacientes que también dependa de dichas reservas, o bien, por el contrario, subordinar los intereses de esa paciente a lo que se considera el bien general. El dilema de la doble lealtad o doble agencia surge cuando se exige a una o un profesional de la salud que atienda con integridad y fidelidad a una persona en particular y también a una población más extensa de pacientes, propios o de sus colegas, al utilizar de forma racional los escasos recursos existentes. La expectativa microética de lealtad a esa persona específica —a veces compartida por tribunales de justicia— demanda la aplicación del juicio clínico sólo para el beneficio de dicha persona, mientras que la obligación macroética exige atender a toda la comunidad de pacientes.

Análisis ético:

Respeto por las personas:

Según los principios éticos, se respetaría la autonomía de Rosa al solicitar la tomografía. Tal decisión sería consistente con la exigencia de no explotar su vulnerabilidad y dependencia, es decir, de no sacrificar sus intereses por los del resto de la población de pacientes. Si bien es cierto que también el resto de esa población es vulnerable, para priorizar la autonomía de Rosa, la decisión del Dr. Martínez se debería basar exclusivamente en lo que considere, fundamentado en su juicio clínico, un diagnóstico adecuado de su condición y de las medidas que considere más convenientes para tratarla.

Hacer el bien y evitar el daño:

El Dr. Martínez debe evaluar si el beneficio de un diagnóstico por tomografía justifica exponer al embrión o feto al riesgo de la radiación, y si dicho riesgo es menor que la ventaja de diagnosticar con éxito la causa del dolor abdominal de Rosa. Asimismo, debe determinar si el hecho de solicitar la tomografía, además de conveniente, resulta tan necesario o provechoso como para justificar con fundamento en la ética que se le niegue el servicio a otra paciente que también se encuentre a cargo del Dr. Martínez. En ese caso, el Dr. Martínez no estaría ante un conflicto de intereses propiamente dicho, sino ante un conflicto de compromiso. En otras palabras, al Dr. Martínez no le beneficiaría priorizar a Rosa antes que al resto de sus pacientes ni viceversa, aunque tendría que justificar, de acuerdo con principios éticos, su decisión de negarle a alguien una tomografía requerida por indicación médica y ponerla a disposición de otra persona. Si el beneficio de autorizar la tomografía y el daño ocasionado por negarla son iguales desde la perspectiva de la ética, el Dr. Martínez podría recurrir a algún método de decisión por azar, tal como tirar una moneda al aire, para ofrecer a ambas personas la misma oportunidad de acceso al procedimiento.

Justicia:

El Dr. Martínez podría quejarse de la injusticia de tener que decidirse por beneficiar a una paciente, en este caso a Rosa, a costa de otra. Es posible que también deba resolverse la cuestión de si resulta justo priorizar a una paciente embarazada por sobre una que no lo está o —como sucede en escenarios de tasas de mortalidad materna relativamente elevadas— de no favorecer a una paciente cuando sus chances de sobrevivir al embarazo son menores. El Dr. Martínez podría afirmar que tiene derecho a usar cualquier recurso disponible indicado para Rosa, y dejar el peso de lograr objetivos de economía de su departamento o del hospital en manos de gerentes independientes, quienes a su vez podrían decidir que los recursos no se encuentran disponibles para este caso. En otras palabras, el Dr. Martínez podría protestar contra tal injusticia y contra la violación a la ética de verse forzado a una doble lealtad.

Referencias:

FIGO statement on The Role of the Obs/Gyn as an Advocate for Women's Health.

FIGO statement on the Ethical Framework for Gynecologic and Obstetric Care.

FIGO statement on Safe Motherhood.

Donación de óvulos

Caso:

La señora Galván, de 42 años de edad y sin embarazos previos, se siente desesperada por poder concebir, tras 5 años de intentarlo sin éxito (el conteo de espermatozoides de su esposo es normal). La señora Galván ha tenido dos abortos espontáneos, uno a las 8 semanas de gestación y otro a las 9. En una consulta con la Dra. Villa, quien trabaja en una clínica de fertilidad, decide optar por la donación de óvulos, aunque ni ella ni su esposo tienen parientes o amigas que puedan donarlos. El conteo de folículos antrales y su nivel de hormona antimülleriana (AMH, por sus siglas en inglés) indican una reserva ovárica muy baja, aunque no tiene ningún otro problema médico. Un ultrasonido reveló que su útero es normal y que goza de buena salud, sin contraindicaciones para el embarazo. La señora Galván emigró de un país donde la ética profesional exige que la donación de óvulos se realice de manera anónima y sin compensación a la donante. Actualmente reside en el país natal de su esposo, donde sí existe la posibilidad de remunerar la donación de óvulos, de acuerdo con límites reglamentados por la ley, pero donde la ética profesional requiere que, al alcanzar la mayoría de edad, las hijas y los hijos concebidos gracias a la donación de gametos puedan conocer el nombre de la donante. La Dra. Villa sostiene que una mujer adulta y originaria del país de la señora Galván o de su esposo puede ser donante, pero la transferencia de los óvulos entre dichos países se considera ilegal. La conclusión de la señora Galván es que le gustaría que la Dra. Villa encontrara una donante adecuada y anónima.

Preguntas:

Con base en principios éticos, ¿puede la Dra. Villa traer del país de origen de la señora Galván a una donante que recibirá compensación por sus servicios?

¿La Dra. Villa puede preservar el anonimato de una donante proveniente del país natal de la señora Galván sin violar los principios de la ética?

¿La Dra. Villa puede asesorar a una posible donante de óvulos sin contravenir ningún principio ético?

Con base en principios éticos, ¿debería la Dra. Villa aconsejar a la señora Galván que solicite los servicios requeridos en su país natal?

¿Existen consideraciones médicas especiales respecto a las cuales, y desde una perspectiva de la ética, la Dra. Villa debería aconsejar a la señora Galván que trajera a una donante de otro país o que ella se trasladara a otro para recibir los servicios en cuestión?

¿La Dra. Villa tiene la obligación ética de preguntarle al señor Galván acerca de sus preferencias?

Evaluación:

La fecundidad en las mujeres disminuye con la edad, en especial después de los 35 años, y aún con mayor rapidez después de los 40. Se registra insuficiencia ovárica prematura en 1% a 2% de las mujeres, aunque la prevalencia de casos de reserva ovárica baja probablemente sea mayor. La tasa de éxito de un embarazo producido por donación de óvulos se estima en casi 50%, pero existe un riesgo un tanto mayor de complicaciones, incluido el sangrado en el parto y en el posparto. Las donantes de óvulos se someten a estimulación de los ovarios para la fecundación in vitro, que conlleva el riesgo no muy serio del síndrome de hiperestimulación ovárica. En algunos países se otorga una compensación por los óvulos donados, que generalmente se encuentra reglamentada. En Francia, por ejemplo, la donante debe ser anónima en todos los casos. En otros lugares, como el Reino Unido, el padre y la madre deben asumir la obligación de revelar el nombre de la donante a petición de sus hijas o hijos

cuando alcancen la mayoría de edad.

La oferta y la demanda de servicios de salud reproductiva de un país a otro constituye un fenómeno relativamente reciente y sus implicaciones se van revelando paso a paso con base en la experiencia, las anécdotas y los datos empíricos recopilados. En la ética médica, sus implicaciones también empiezan gradualmente a reconocerse, evaluarse y ser divulgadas, por ejemplo, en declaraciones, lineamientos y recomendaciones de asociaciones profesionales y académicas.

Análisis ético:

Respeto por las personas:

Si la Dra. Villa respalda la decisión de la señora Galván de buscar una donante de óvulos e identifica mecanismos para reclutarla con éxito, la desesperación de ésta por ser madre puede limitar su capacidad de tomar decisiones autónomas en lo que respecta a la alternativa más apropiada para sus circunstancias, entre las que se encuentran, por ejemplo, abandonar el tratamiento por completo y optar por la adopción. Para promover su autonomía, una consejera desinteresada debería explicarle dichas alternativas. La cuestión ética aquí es si la Dra. Villa puede ser considerada una persona desinteresada. Una cuestión ética adicional es si la Dra. Villa tiene la responsabilidad de rendir cuentas al señor Galván por el tratamiento brindado a su esposa.

Para la donante, por su parte, existe el riesgo de que su elección autónoma de donar óvulos se corrompa por el incentivo de un pago que podría ser elevado. Si necesita el dinero, sería vulnerable a ello y requeriría asesoría independiente sobre los riesgos que conlleva la donación, tales como el síndrome de hiperestimulación ovárica. La Dra. Villa se encuentra obligada principalmente para con la señora Galván, situación que plantea la preocupación ética de si puede tratar a la paciente y asesorar a la posible donante al mismo tiempo.

Hacer el bien y evitar el daño:

Para muchas mujeres que pueden acceder a servicios confiables de salud materna, el beneficio de ser madre supera en mucho los riesgos inherentes a cualquier embarazo. Sin embargo, en el caso de la señora Galván, el riesgo de recibir uno o más óvulos resulta un poco mayor de lo normal. Además, surge la cuestión ética de si la Dra. Villa necesita considerar si para el señor Galván el embarazo y la maternidad de su esposa constituirá un beneficio.

La posible donante tendría que sopesar el beneficio de recibir un pago o actuar de manera altruista y los riesgos del daño que conlleva el procedimiento, por mínimos que sean (el síndrome de hiperestimulación, sangrado, infección al cosechar los óvulos). Se considera esencial que la donante reciba consejería informada y desinteresada para que entienda todas las posibles implicaciones de la donación, tanto los beneficios como los daños, además de informársele que otra mujer criará a su hija o hijo biológico, quien en algunos años quizás desee ponerse en contacto con ella. Finalmente, se desconocen en la actualidad los riesgos de donaciones repetidas.

Justicia:

En la mayoría de los países donde se practica la donación de óvulos, se observa una severa escasez de oferta frente a la demanda. Una de las cuestiones éticas en este caso es si los óvulos donados se pueden asignar de manera justa, por ejemplo, a mujeres que hayan padecido cáncer o el síndrome de Turner, antes que a mujeres de mayor edad que en su juventud hayan concebido con sus propios óvulos. Tal situación haría que compitieran entre sí la ética de utilizar al máximo recursos médicos escasos y el derecho humano a la no discriminación por discapacidad. Asimismo, muchas mujeres

viajan a otros países para la donación de óvulos porque en el suyo la práctica está prohibida o las listas de espera son demasiado largas. En ese caso, la población de los países a los cuales acuden quedaría sin acceso a atención médica, en especial si se trata de países de bajos recursos que no ofrecen a sus ciudadanos todos los servicios de salud básicos. Más aún, profundizaría las desigualdades internacionales en materia de atención a la salud, aunque al mismo tiempo generaría valiosos ingresos para países pobres que se podrían distribuir equitativamente dentro del sector salud.

Referencias:

FIGO statement on Ethical Aspects of Gamete Donation from Known Donors (Directed Donation).

FIGO statement on Cross- Border Reproductive Services.

Ablación / mutilación genital femenina (MGF)

Caso:

Kani, una mujer de 20 años de edad, tiene dos años de casada y le informa al Dr. Maazin que no ha logrado embarazarse. Ha tenido problemas maritales y estuvo cerca del divorcio por su incapacidad de concebir.

Tras examinarla, el Dr. Maazin concluyó que el matrimonio no se había consumado a causa de una infibulación —la forma más severa de MGF— practicada por una partera cuando Kani tenía 7 años. También presentaba inflamación como resultado de esa práctica tradicional, lo que le producía muchas molestias.

Preguntas:

Con fundamento en la ética, ¿qué debería proponerle el Dr. Maazin a Kani para ayudarla?

¿El Dr. Maazin tiene la obligación ética de explicarle al esposo de Kani por qué no se ha consumado el matrimonio?

¿El Dr. Maazin tiene la obligación ética de buscar y reportar a la partera que efectuó el procedimiento?

¿El Dr. Maazin tiene la obligación ética, ante la familia y/o comunidad de Kani, de informarles sobre los daños ocasionados por la MGF?

Evaluación:

El caso de Kani ilustra los riesgos de salud que pueden resultar de la práctica tradicional de la mutilación genital femenina o MGF, que no se basa en ninguna religión y se practica en varios países, principalmente en África subsahariana. Actualmente, también se han encontrado casos en Europa, Norteamérica y en países que albergan poblaciones de migrantes provenientes de regiones afectadas. Gran número de niñas son objeto de esta práctica, que constituye una violación a sus derechos como menores de edad. Cuando la llevan a cabo profesionales médicos o de otros ámbitos de la salud, generalmente se le considera un caso de falta de ética profesional.

A consecuencia del procedimiento, Kani desarrolló un tumor (un quiste dermoide) e infibulación que dejó la vulva prácticamente cerrada y que impide que se consuma el matrimonio y produce, por ende, infertilidad. El daño emocional y marital para Kani es muy grande y puede terminar en divorcio, además de sufrir la carga adicional de una mala salud por las complicaciones derivadas de la infibulación.

Análisis ético:

Respeto por las personas:

Cuando se realiza la MGF en niñas que no pueden elegir por sí mismas, se explota su vulnerabilidad y se violan sus derechos, entre ellos el derecho a la salud. Con fundamento en principios de la ética, se puede cuestionar si realmente ejercen su autonomía las jóvenes adolescentes que aceptan someterse al procedimiento, porque en su comunidad se le considera un rito de iniciación a la edad adulta y se encuentran sujetas a presiones familiares y comunitarias, sin los medios necesarios para resistirlas. Con todo, se pueden respetar los deseos de mujeres adultas que han logrado concebir y dar a luz (tras haberles quitado los puntos de sutura), y luego de lo cual piden una nueva infibulación, aunque la práctica se repruebe por razones de salud desde el punto de vista profesional y por el riesgo que conlleva de condonar la transgresión ocurrida con anterioridad.

Si bien organizaciones como la OMS utilizan el término “mutilación” para referirse a la práctica, describirla como tal acarrea problemas éticos. En el caso de la infibulación, por ser el procedimiento genital más severo, se podría justificar el uso de dicho término. Sin embargo, existen modalidades menores de ablación genital simbólica que injustamente serían objeto de reprobación al emplear tal definición. De hecho, las comunidades que han incorporado esta práctica a sus tradiciones suelen considerarla como un tipo de purificación. La ablación genital femenina ocasiona y expone a múltiples perjuicios y, por ende, sería insensato considerarla apropiada. Sin embargo, quizás no se justifique el uso de un término que produce actitudes irrespetuosas y de desaprobación hacia madres y padres que expresan su afecto de una manera culturalmente aceptable.

Hacer el bien y evitar el daño:

Kani podría beneficiarse de que el Dr. Maazin, con los medios apropiados, restaure su capacidad de tener relaciones sexuales con su esposo para formar una familia. Más allá de ello, a la pareja le beneficiaría mucho más que el Dr. Maazin les explicara de qué manera se puede expresar sexualmente la intimidad y el amor, así como recomendarles ofrecer la consejería estando los dos presentes, o bien por separado si la cultura local no les permite hablar de cuestiones sexuales en presencia de hombres y mujeres. Es posible que el esposo de Kani tenga cierta idea de las relaciones sexuales por haber escuchado —incluso en términos vulgares— las creencias al respecto expresadas por los ancianos de la comunidad. En cuanto a Kani, probablemente antes de casarse su mamá o alguna pariente cercana le haya explicado —quizás con eufemismos— que una esposa se ha de someter a su marido. Una de las desventajas de la información antes mencionada es que podría contener datos inexactos, aspectos del folclor local, mitos y estereotipos disfuncionales. Por tal motivo, resulta preferible que el Dr. Maazin les informe que, con tratamiento médico y comprensión, podrían ser una pareja fértil y formar una familia.

A fin de evitar daños futuros, el Dr. Maazin también les podría informar sobre los frecuentes perjuicios físicos y emocionales derivados de la mutilación genital femenina y comentar que no se le debería practicar a una hija ni a ninguna otra integrante de su familia. Para optimizar el beneficio de esa educación, el Dr. Maazin debería considerar la posibilidad de brindarles información de manera individual, conjunta y/o a nivel comunitario.

Justicia:

Si las leyes locales exigen que se reporten los casos y las personas que practican la mutilación genital femenina, quizás en la medida de lo razonable el Dr. Maazin deba tratar de identificar a la persona que cortó a Kani e informar a la policía y/o a las autoridades que otorgan cédulas profesionales sobre el hecho. De no existir esa obligación, el Dr. Maazin, a su juicio y en su buena fe, deberá decidir si reporta dicha falta de ética a las autoridades profesionales y el abuso infantil a la policía, aunque tal medida podría poner en peligro a la madre y al padre de Kani.

En el ámbito de la justicia social, el Dr. Maazin debería considerar la alternativa de iniciar o contribuir a un programa de educación comunitaria sobre lo dañino y equivocado de la mutilación genital femenina, instando a erradicar esta práctica de la comunidad y de la cultura, a fin de librar a otras niñas de sufrir esas lesiones innecesarias en el futuro. Asimismo, el Dr. Maazin podría solicitar la ayuda de líderes de grupos religiosos y de otras esferas para lograr ese fin.

Referencias:

FIGO statement on Female Genital Cutting.

FIGO Ethics statement on The Role of OB/GYNs as Advocates for Women’s Health, 1999.

R.J. Cook, B.M. Dickens, M.F. Fathalla, Female Genital Cutting (Mutilation/Circumcision): Ethical and Legal Dimensions *Int. J. Gynecol. Obstet* 2002; 79(3): 281-7.

Vacuna contra la hepatitis B

Caso:

El Dr. Andere es un médico clínico y consultor influyente del plan de seguro médico del gobierno de un país en vías de desarrollo y con bajos recursos. El Dr. Andere le realiza estudios de detección prenatal de rutina a Eva, una paciente de 30 años de edad, embarazada y VIH positiva, quien tiene un conteo de células de CD4 de 950 y una carga viral no detectable (con terapia antirretroviral). El análisis realizado por el Dr. Andere del antígeno de superficie de la hepatitis B fue positivo y también el del antígeno e, sin presencia de anticuerpos para ninguno de los dos antígenos. Los estudios de la función hepática de Eva fueron completamente normales. Eva se clasifica como portadora crónica de hepatitis B. ¿Qué decisiones éticas debe tomar el Dr. Andere al asesorar a Eva y al formular recomendaciones para el plan de seguro médico gubernamental?

Preguntas

Desde la perspectiva ética, ¿el Dr. Andere debería recomendar que el embarazo continúe, incluso cuando las leyes locales permiten su interrupción?

¿El Dr. Andere podría recomendar, basado en fundamentos éticos, que Eva tenga un parto por cesárea, y que a todas las demás pacientes embarazadas y afectadas por infección crónica de hepatitis B se les administre el mismo procedimiento?

En el país en vías de desarrollo donde labora el Dr. Andere, y donde existe una elevada prevalencia de VIH, ¿se deberían hacer pruebas de detección de hepatitis B en toda persona VIH positiva y vacunarlas en caso de encontrarse infectadas?

¿El Dr. Andere debería recomendar que la vacuna contra la hepatitis B fuera un beneficio mínimo prescrito en el marco del plan de seguro médico del gobierno?

Evaluación

El virus de la hepatitis B es uno de los patógenos humanos más comunes en todo el mundo. Casi el 95% de todas las personas infectadas con VIH también se encuentran infectadas con hepatitis B. La ruta de transmisión más común es el contacto sexual. En el embarazo, la mayoría de los casos de transmisión ocurren cerca del momento del parto, al entrar en contacto con secreciones vaginales o sangre contaminada. La mortalidad por trastornos hepáticos en individuos con infecciones concurrentes por VIH y por el virus de hepatitis B es 15 veces mayor que en personas VIH negativas. El desarrollo del carcinoma hepatocelular es 5 veces mayor en pacientes con casos crónicos de hepatitis B. Se debería vacunar a personas infectadas con VIH y con resultados negativos para hepatitis B. Alrededor del 30% de pacientes con VIH no responden a la vacuna. La respuesta a la vacuna depende del conteo de células CD4 y del nivel de VIH y, por ello, quienes presentan conteos de CD4 menores de 200 y no se encuentran bajo tratamiento, deberían recibir primero terapia antirretroviral y después la vacuna, en caso de responder adecuadamente a los antirretrovirales.

Análisis ético:

Respeto por las personas:

El Dr. Andere debería aconsejar a Eva, quien es VIH positiva, que continúe con su embarazo, dado que su función hepática es normal. Sin embargo, dependería enteramente de ella decidir si lo interrumpirá o lo llevará a término, sin olvidar que al ser VIH positiva y portadora de hepatitis B puede transmitir el virus al bebé durante el embarazo o en el parto.

Si bien la autonomía exige el respeto de los derechos de otras personas para determinar libremente sus propias opciones y decisiones, Eva y otras pacientes de características similares son vulnerables a la enfermedad hepática y, por esa razón y por respeto a ellas, el Dr. Andere debe hacer los arreglos necesarios para que dichas pacientes también sean atendidas por especialistas hepáticos.

Hacer el bien y evitar el daño:

Con base en el principio de *beneficencia*, sería posible vacunar a las y los pacientes con VIH y con resultados negativos para hepatitis B. Sin embargo, cabe notar que alrededor del 30% de la población de pacientes con VIH no responden a la vacuna debido a que la respuesta depende del conteo de células CD4 y del nivel de VIH. Por lo tanto, quienes presenten un conteo de CD4 menor de 200 y no se encuentren bajo tratamiento deberían recibir primero terapia antirretroviral y después la vacuna, en caso de tener una respuesta adecuada a los antirretrovirales.

Por otra parte, es importante señalar que, en el embarazo, la mayoría de los casos de transmisión ocurren cerca del momento del parto, al entrar en contacto con secreciones vaginales o sangre contaminada. Sería razonable, entonces, que el Dr. Andere le recomendara a Eva un parto por cesárea, y que todas las demás pacientes embarazadas y con infección crónica de hepatitis B dieran a luz de la misma manera. Asimismo, para no ocasionar daños, se debe administrar dos inyecciones al recién nacido de Eva en la sala de partos: la primera dosis de la vacuna de hepatitis B y una dosis de inmunoglobulina anti hepatitis B. Si ambos medicamentos se administran correctamente dentro de las primeras 12 horas de vida, el bebé tendrá 95% de probabilidades de tener protección contra la hepatitis B de por vida. Más adelante necesitará dosis adicionales de la vacuna, al mes y a los 6 meses de edad, para ofrecerle protección completa.

Justicia:

A nivel de la sociedad, si bien la hepatitis B no se transmite por simple contacto ni se disemina por estornudar, toser, abrazar o comer alimentos preparados por una persona infectada por el virus, se justificaría informar a los miembros de una familia que uno de sus integrantes se encuentra infectado, así como recomendarles la vacuna.

Definitivamente el Dr. Andere debería recomendar que la vacuna contra la hepatitis B fuera un beneficio mínimo prescrito dentro del plan de seguro médico gubernamental por su efectividad a largo plazo en términos de costos, y porque puede evitar que mujeres vulnerables contraigan cáncer de hígado.

Referencias:

Hepatitis B Guidelines for Pregnant Women. <http://www.hepb.org/pdf/pregnancy.pdf>.

Hepatitis B Foundation at www.hepb.org.

National Immunization Programme at www.cdc.gov/hepatitis.

Vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH)

Caso:

La Dra. Felguérez es la encargada de asuntos médicos de una escuela de niñas y niños de 5 a 15 años de edad. En la región existe una elevada tasa de cáncer cervical que ha dejado a gran número de menores en situación de orfandad. El gobierno local implementó un programa preventivo de vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) para alumnas de 9 años de edad en adelante. El director de la escuela pregunta a la Dra. Felguérez de qué manera se puede ofrecer la máxima protección a las niñas.

Preguntas:

¿Qué debería recomendar la Dra. Felguérez?

¿Qué se debería informar a padres y madres?

¿Qué se debería informar a las niñas de la escuela?

¿Cómo se deberían tomar en cuenta los deseos de las niñas de la escuela?

¿La vacunación de las niñas puede ser obligatoria?

¿Los niños de la escuela deberían recibir el mismo tratamiento que las niñas?

Evaluación:

En 2006 se autorizó el registro de una vacuna contra los tipos oncogénicos 16 y 18 del VPH. Varios países han recomendado la vacuna para niñas y adolescentes de entre 11 y 17 años de edad, sumada a una vacuna de refuerzo a los 26 años de edad, a más tardar. Existen datos limitados sobre la seguridad y eficacia de la vacuna en algunas circunstancias, así como sobre fallas en la administración de la vacuna de seguimiento. La mayoría de las personas sexualmente activas contraerán el VPH en algún momento de sus vidas, generalmente sin darse cuenta y sin presentar síntomas, pero el virus puede predisponer a las mujeres a eventuales casos de cáncer cervical y muerte prematura. La protección que brinda la vacuna contra el VPH resulta más efectiva cuando se administra a niñas antes de su primera relación sexual. La interacción entre el VPH y el VIH es compleja. Las verrugas aparecen más comúnmente en personas VIH positivas que en VIH negativas. Asimismo, existe evidencia de que la infección por VPH en pacientes VIH positivas conduce a la displasia y al cáncer cervical.

Análisis ético:

Respeto por las personas:

La Dra. Felguérez podría aconsejarle al director de la escuela que considere implementar la vacuna contra el VPH para alumnas de una edad específica —de 11 años, por ejemplo—, informar a madres, padres, tutoras y tutores acerca del futuro programa de vacunación, y solicitar su consentimiento. La autonomía de las madres, padres, tutoras y tutores (en adelante, “padres de familia”) no es absoluta en lo que respecta a las niñas por cuyo bienestar son responsables, en tanto tienen la obligación, por razones éticas y a menudo legales, de proteger a las menores vulnerables y de tomar decisiones que les atañen, incluso las relacionadas con su salud, bienestar e intereses.

La capacidad de niñas y niños de tomar decisiones relacionadas con la atención a su salud se

verá frecuentemente influenciada por el contexto cultural de sus familias. A menudo, las leyes establecen límites de edad por debajo de los cuales las personas menores de edad no tienen la capacidad, por ejemplo, de comprar productos de tabaco o conducir vehículos automotores. Sin embargo, en muchos casos se acepta que “menores maduros” puedan tomar decisiones terapéuticas y en materia de salud preventiva de manera autónoma. Asimismo, pueden rechazar tratamientos aprobados por sus padres y, en particular, otorgar eficazmente su consentimiento para recibir tratamiento clínico que les beneficie o proteja sin consentimiento de los padres de familia. Se considera una decisión ética el determinar si menores con madurez deberían recibir procedimientos médicos de protección sin la aprobación de sus padres y si se debería respetar su confidencialidad respecto a si se les debe informar o no a los padres.

Hacer el bien y evitar el daño:

A los padres de familia les puede tomar tiempo reconocer que sus hijas jóvenes, como todas las personas, son seres sexuales, quienes pueden iniciar su vida sexual antes de lo que creen. Se debería informar a los padres que dar su consentimiento para vacunar a sus hijas resulta lo más conveniente para su protección y que se les propone vacunarlas antes de que decidan volverse sexualmente activas, acción que podría protegerlas también en caso de un ataque sexual. Se debería informar a las niñas de edad escolar que la vacuna contra el VPH constituye una medida preventiva contra el cáncer cervical.

Los padres de familia y otras personas podrían considerar que el hecho de administrar una vacuna para prevenir que niñas adolescentes contraigan un virus de transmisión sexual ayudaría a promover la promiscuidad sexual y, por lo tanto, el principio de *no maleficencia* justificaría que no se administrara la vacuna. Sin embargo, sería poco probable que las niñas adolescentes, ante la decisión de iniciar su vida sexual, le dieran el mismo peso al riesgo de contraer el VPH que al de embarazarse. El beneficio real de la vacuna para las adolescentes sobrepasaría por mucho el potencial daño ocasionado por la misma: contribuir a su precocidad sexual. Desde esa óptica, el Estado podría establecer que la vacunación sea de carácter obligatorio con base en la premisa de que depender exclusivamente de la autonomía parental podría perjudicar la salud y el bienestar de las niñas. Por ejemplo, los padres de familia podrían sugerir que la vacuna se administrara sólo a niñas mayores de la edad escolar obligatoria, tal vez de 15 ó 16 años. Por consiguiente, para promover la atención preventiva de menores, el Estado podría exigir la vacunación de las niñas preadolescentes, aprovechando que todavía se encuentran en las escuelas. La vacuna resulta efectiva solamente si se administra antes que las niñas se expongan al virus y no sirve para tratar infecciones existentes, aunque podría ayudar a disminuir el daño eventual de que las mujeres y sus hijas, por ejemplo, sucumban al cáncer cervical. De ahí que el Estado y las escuelas podrían justificar la vacunación obligatoria contra el VPH de niñas preadolescentes antes de que inicien cualquier forma de actividad sexual, incluido el contacto sexual sin coito.

Justicia:

Dado que el principio de *justicia* requiere que niñas y niños sean tratados por igual, se deduce consiguientemente que tanto niñas como niños preadolescentes deban ser vacunados contra el VPH, especialmente al considerar que las adolescentes contraen la infección a través del contacto con varones. Sin embargo, un nuevo artículo y un editorial publicados en línea (8 de octubre de 2009) en el *British Medical Journal* sugieren que la vacunación contra el VPH en niños puede no resultar efectiva en cuanto a costo, cuestión que plantea el problema de si existe una diferencia ética relevante entre sexos en lo tocante a la vacuna.

Referencias:

FIGO statement on HPV Vaccination and Screening to Eliminate Cervical Cancer.

FIGO statement on Adolescent and Youth Reproductive Health Care and Confidentiality.

<http://www.articledashboard.com/Article/The-HPV-vaccine--Why-it-won-t-promote-sexual-promiscuity/499930>.

<http://www.medscape.com/viewarticle/710362>.

Histerectomía

Caso:

Luz tiene 41 años de edad y trabaja en el departamento de atención al cliente de una importante tienda. Es soltera, pero por muchos años ha disfrutado de una relación sexual activa con un amigo de 43 años. Su madre murió de cáncer cervical hace veinte años, al igual que su hermana mayor, hace tres años.

Luz ha padecido de sangrado uterino los últimos tres años debido a múltiples leiomiomas uterinas y se encuentra ligeramente anémica. No desea tener familia. Vino a ver a un médico ginecólogo, el Dr. Pérez, quien atendió a su hermana mayor. Luz sabe, por los artículos que ha leído y por sus propias investigaciones, que la histerectomía es la mejor alternativa para el tratamiento de su patología. Sin embargo, no desea que le extirpen el cuello uterino ni que afecten su sexualidad ni su capacidad de disfrutarla. El Dr. Pérez le informó que necesita una histerectomía abdominal total, señalando que, dado que el cáncer cervical es el más frecuente entre las mujeres de ese país, por ninguna razón le recomienda conservar el cuello uterino. El Dr. Pérez trabaja para los servicios médicos del organismo gubernamental de seguridad social, pero Luz tiene un seguro médico privado. Con la cobertura de su seguro, acudió con una ginecóloga particular, la Dra. Salas, quien le explicó que la histerectomía subtotal se consideraba una alternativa viable porque sus resultados del Papanicolaou habían sido normales a lo largo de su vida reproductiva, y subrayó la importancia de que repitiera los estudios de manera anual.

Preguntas:

- ¿El Dr. Pérez debería haber explorado las expectativas de Luz acerca de su sexualidad antes de mencionar las opciones de tratamiento y antes de presentarle su recomendación?
- ¿Se deberían haber comparado las preferencias y razones de la paciente con los razonamientos del Dr. Pérez antes de decidirse por una técnica quirúrgica?
- ¿La Dra. Salas debería haber considerado la posibilidad de que Luz desarrolle cáncer cervical?
- ¿Cuál es la importancia ética del historial de muertes por cáncer cervical en la familia de Luz?

Evaluación:

En la década de 1950, los avances en técnicas clínicas y el deseo de prevenir el cáncer cervical llevaron a adoptar la remoción rutinaria del cérvix, junto con el resto de la matriz, al momento de la histerectomía. Actualmente ha resurgido el interés por preservar el cuello uterino al efectuar el procedimiento.

En 1983, Kilkku publicó un estudio que demostraba que las mujeres experimentaban orgasmos más frecuentes después de una histerectomía supracervical que de una total. Se argumentaba que los nervios del cuello uterino desempeñaban un papel importante en el orgasmo. No obstante, en ese estudio retrospectivo no se incluyó la evaluación inicial de las participantes y, por ello, resulta imposible llegar a una conclusión significativa.

Aunque en la actualidad contamos con muy buenos métodos de detección de cáncer cervical, la prevalencia del adenocarcinoma ha ido en aumento. Se ha encontrado que en mujeres que conservan el cérvix existe un riesgo pequeño, pero concreto, de desarrollar cáncer.

Los estudios pioneros de Masters y Johnson sobre la respuesta sexual femenina sugirieron que,

por lo menos en algunas mujeres, la matriz desempeña un papel en la fisiología del orgasmo vaginal y, por lo tanto, la histerectomía supracervical, al preservar nervios y ligamentos, ayuda a mantener la función sexual normal después del procedimiento. Sin embargo, al revisar tales argumentos, algunos autores siguen sin quedar convencidos de las ventajas descritas en esos estudios.

Recientemente, en 2010, el Dr. Ellström publicó un estudio clínico aleatorizado que compara los cambios en salud sexual ocurridos en mujeres con histerectomía subtotal y total. Su conclusión fue que “las mujeres a quienes se les practica una histerectomía subtotal experimentan un mayor cambio positivo en la frecuencia de orgasmos y en la duración del placer sexual después de la cirugía que las mujeres con histerectomía total”.

Análisis ético:

Respeto por las personas:

El primer doctor que consultó Luz no consideró realmente el principio de autonomía y prestó mayor atención al hecho de librarla del riesgo del cáncer cervical. Sin embargo, Luz ha leído y obtenido información sobre su patología y opciones de tratamiento. El Dr. Pérez le planteó su recomendación pensando en qué intervención de salud sería la mejor para ella con base en razones biológicas y no en la posibilidad de que pudiera disfrutar de su sexualidad ni en las secuelas psicológicas del tratamiento.

Hacer el bien y evitar el daño:

El Dr. Pérez, en su condición de médico ginecólogo, pensó en cómo beneficiar a la paciente y proteger su salud física, pero el efectuar una histerectomía abdominal total podría dañar la salud sexual y psicológica de la paciente, así como afectar la calidad de su relación de pareja.

Justicia:

Se podría ofrecer a Luz la histerectomía subtotal porque cuenta con seguro médico particular. Otras mujeres en situación similar, pero que dependen enteramente de los servicios médicos del seguro social, quizás no tengan la opción de recibir el procedimiento quirúrgico que desean y consideran razonable. Tal vez queden confinadas a aceptar sólo el tipo de atención que ofrece el Dr. Pérez. Conforme al principio de justicia, se debería considerar tanto la calidad de vida como el bienestar de las personas.

Referencias:

FIGO Recommendations on ethical issues in obstetrics and gynecology by The FIGO committee for the ethical aspects of human reproduction and women's health.

FIGO Guidelines regarding informed consent.

E. Ellström, K. Jerhame, A randomized trial comparing changes in sexual health and psychological wellbeing after subtotal and total hysterectomies. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2010; 89(1):65-70.

Consentimiento informado de pacientes analfabetas

Caso:

Ana tiene 24 años de edad, vive en un área rural carenciada y cursa su segundo embarazo, con alrededor de 20 semanas de gestación. Su primera hija tiene tres años y nació por parto vaginal después de un embarazo con complicaciones. Su embarazo actual también ha presentado dificultades y su médica está considerando si necesitará una episiotomía o una cesárea y, en caso que así fuera, qué procedimiento preferiría la paciente. Ana y su esposo son analfabetos, le temen a la cirugía y pretenden tener más hijos. La Dra. Núñez les ha mostrado ilustraciones de los dos procedimientos, pero le preocupa que no entiendan bien las implicaciones de sus decisiones. La Dra. Núñez desea proporcionarles información sobre cómo manejar su segundo parto y el efecto de éste en el reinicio de sus relaciones sexuales, así como en partos subsiguientes, para que no sientan que fueron objeto de arbitrariedades.

Preguntas:

¿Se encuentran Ana y su esposo en condiciones de ejercer el derecho a optar por su preferencia?

¿Qué puede hacer la Dra. Núñez para ayudar a Ana y su esposo a entender de la mejor manera posible las opciones con que cuentan?

Con base en principio éticos, ¿qué puede hacer la Dra. Núñez para minimizar la injusticia de que a Ana no se expliquen sus opciones adecuadamente?

¿La Dra. Núñez puede comprometer, con fundamento en la ética, la calidad de la atención médica de Ana con el fin de satisfacer sus preferencias?

Evaluación:

Tanto la episiotomía como la cesárea pueden dejar cicatrices, causar incomodidad y generar riesgo de infección, así como afectar los partos subsiguientes. Aunque se considere mejor evitarlos cuando sea posible, podría necesitarse recurrir a alguno de estos procedimientos para lograr un parto seguro y disminuir la posibilidad de lesiones neonatales relacionadas con el parto. El posterior cuidado de las madres podría requerir de la atención calificada de parteras, por ejemplo. Se considera recomendable que las pacientes reciban consejería anticipada de mujeres a las que se les hayan practicado este tipo de procedimientos. Una vez garantizada la confidencialidad, terceras partes independientes podrían testificar que las pacientes han entendido y expresado sus preferencias antes de registrar sus decisiones en los archivos médicos correspondientes.

Análisis ético:

Respeto por las personas:

El analfabetismo no es razón para negar a las pacientes su derecho a decidir, ni su capacidad de tomar decisiones competentes. Sin embargo, su dependencia de la comunicación oral limita la posibilidad de que reciban más información de la que pueden escuchar y recordar, situación que las expone a sesgos en la presentación de los datos, así como a distorsiones de la memoria. Además, la incapacidad de asentar sus decisiones por escrito las coloca en una posición de vulnerabilidad, porque dependen de que otras personas registren sus deseos. La presencia de testigos independientes podría demostrar de manera confiable que las pacientes recibieron información adecuada, tuvieron la oportunidad de plantear preguntas y tomaron decisiones específicas, aunque ello se haría a costa de su

derecho a la confidencialidad.

Hacer el bien y evitar el daño:

A las pacientes les beneficia que se les ayude, por medios que entiendan, a evaluar sus opciones y a tomar decisiones. Sin embargo, su poder de autodeterminación podría llevarlas a tomar decisiones basadas en información adecuada pero poco prudentes, las que podrían ocasionarles daños. Aunque bien intencionadas, las iniciativas de las y los profesionales de la salud encaminadas a proteger a las pacientes contra decisiones equivocadas adoptadas por éstas a través de la adopción de acciones directas que las pacientes no comprenden y para las cuales, por ende, no otorgan su consentimiento informado, resultan paternalistas y ofensivas para la dignidad de las pacientes en tanto tomadoras de decisiones relacionadas con su propio cuerpo y salud.

Justicia:

Se podría confirmar la integridad de la información que recibió Ana de parte de la Dra. Núñez, así como del libre ejercicio de su derecho a decidir, recurriendo a un testigo independiente y desinteresado. Sin embargo, el propósito primordial del testigo consiste en proteger a la Dra. Núñez de futuras acusaciones de que actuó sin el consentimiento de Ana o contra sus deseos. En otras palabras, se podría invitar a Ana a renunciar a su derecho a la confidencialidad para incorporar a un testigo independiente a fin de proteger los intereses de la Dra. Núñez, aunque no los suyos. Por su parte, la Dra. Núñez tiene derecho a protegerse contra alegatos de falta de ética profesional, pero resulta preocupante desde el punto de vista de la ética que una doctora como ella y otros actores similares — que disfrutan del poder del conocimiento y la influencia— motiven a pacientes que carecen de dicha fuerza y que dependen de proveedoras y proveedores para recibir atención, a sacrificar sus derechos, tales como la confidencialidad, para proteger los intereses de actores más poderosos.

Referencias:

FIGO Framework for Gynecologic and Obstetrical care.

FIGO Guidelines Regarding Informed Consent.

B.M. Dickens, R.J. Cook. Conflict of interest: legal and ethical aspects *International J, Gynecol. Obstet.* 2006; 92(2): 192-7.

Esterilización femenina no voluntaria

Caso:

La señora Magaña tiene 34 años de edad, cuatro hijos y se encuentra nuevamente embarazada. Tanto ella como su esposo son muy pobres y deciden que después del parto comenzarán a usar métodos anticonceptivos eficientes, financiados por el gobierno. La señora Magaña acude a un hospital público a una consulta con el Dr. Díaz para que le aconseje un método anticonceptivo apropiado. En el país existe preocupación por el crecimiento poblacional, por lo que el gobierno presiona a los hospitales para que aumenten el uso de anticonceptivos y disminuyan los índices de fecundidad. Recientemente el gobierno implementó un norma nacional donde se establece que todas las mujeres que tengan tres hijas/hijos o más podrán seguir recibiendo atención obstétrica gratuita en los hospitales públicos sólo si aceptan ser esterilizadas después del parto. Asimismo, la norma establece que se tomarán acciones disciplinarias contra el personal médico que incumplan la norma y ofrezca servicios obstétricos gratuitos luego de superado el límite de tres hijos/hijas.

Preguntas:

¿Se consideraría ético que el Dr. Díaz presionara a la señora Magaña para que acepte la esterilización, a pesar de que ésta sea reacia a hacerlo?

¿El Dr. Díaz se encuentra obligado, desde el punto de vista ético, a negarle a la señora Magaña el acceso a un parto gratuito en el hospital si no acepta la esterilización, sabiendo que no puede pagar los servicios y que sería peligroso para ella que su quinto bebé naciera sin atención médica?

¿Se consideraría ético que el Dr. Díaz le negara servicios de anticoncepción a la señora Magaña y le dijera que la esterilización es su única alternativa?

¿Sería ético que el Dr. Díaz le proporcionara un método anticonceptivo de largo plazo y certificara que la señora Magaña fue esterilizada?

Una vasectomía reversible para el señor Magaña ¿equivaldría a cumplir éticamente con la obligación del Dr. Díaz de disminuir las probabilidades de que la señora Magaña vuelva a embarazarse?

Evaluación:

La esterilización femenina es un procedimiento quirúrgico seguro, sencillo y muy efectivo, y generalmente se lleva a cabo con anestesia local o sedación ligera. En el posparto, la esterilización se realiza por minilaparotomía (con una pequeña incisión abdominal).

Como el procedimiento es permanente, la decisión de las mujeres debe derivarse de una elección informada y voluntaria, y nunca debería realizarse bajo presión o en una situación de estrés. Se les debería informar y ofrecer otros métodos anticonceptivos para permitirles tomar decisiones con toda libertad. Por ejemplo, los implantes anticonceptivos subcutáneos de larga duración y el dispositivo intrauterino se consideran buenas alternativas para quienes desean anticoncepción de largo plazo.

Análisis ético:

Respeto por las personas:

Los programas de planificación familiar buscan ayudar a parejas e individuos a tomar decisiones autónomas y responsables sobre el número y espaciamiento de sus hijas e hijos, a contar con la información y los medios necesarios para lograrlo, y a asegurar que tomen decisiones informadas. Este propósito incluye poner a su disposición una variedad completa de métodos efectivos y seguros,

entre los cuales se encuentran la esterilización femenina y la masculina. La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), mediante su Comité para el Estudio de los Aspectos Éticos de la Reproducción Humana y de la Salud de la Mujer, al plantear las consideraciones éticas en torno a la esterilización, declaró en el año 2000 que “no se deberían otorgar incentivos ni aplicar la coerción para promover o disuadir las decisiones sobre la esterilización. En particular, se considera inaceptable negar otro tipo de atención médica al condicionarla a la esterilización”.

El principio del respeto a las personas incluye la debida protección de quienes se encuentran en situación de vulnerabilidad. Por vivir en la pobreza, la señora Magaña es vulnerable a la esterilización no voluntaria o a los daños ocasionados por un quinto parto sin atención médica. El Dr. Díaz no es responsable de ello, pero la norma gubernamental explota su falta de capacidad económica para cubrir los costos de un parto institucional a fin de inducir a aceptar la esterilización contra sus deseos. El Dr. Díaz podría solicitar permiso a las autoridades disciplinarias para prestarle a la señora Magaña servicios obstétricos seguros y gratuitos para ese embarazo, además de anticonceptivos adecuados. La declaración antes mencionada publicada por FIGO concluye de la siguiente manera: “A nivel de política pública, la profesión médica se encuentra obligada a ser la voz de la razón y de la compasión, y a señalar los casos en que las medidas legislativas y normativas interfieren con la provisión de atención médica apropiada.”

Hacer el bien y evitar el daño:

Es legítimo que un gobierno se preocupe por el rápido crecimiento poblacional y por su impacto perjudicial sobre el nivel de desarrollo socioeconómico. Se consideran medidas sociales convenientes la concientización y la oferta de servicios de planificación familiar, incluso el facilitar información y educación sobre la esterilización voluntaria de hombres y mujeres. Más aún, la reiteración de embarazos en la mujer, especialmente si éstos se producen poco tiempo después del último parto, constituye un riesgo mayor para la madre y para la salud del futuro bebé. Sin embargo, una política gubernamental que niegue a las mujeres pobres la atención médica necesaria al momento del parto perjudica tanto a la madre como al recién nacido. También socava la dignidad de las familias pobres que, a diferencia de las de mayores recursos, se ven en la situación de recibir los servicios de salud que desean solamente a condición de aceptar también una opción opresiva.

Justicia:

En escenarios donde el Estado cuenta con recursos limitados y la provisión gratuita de servicios de maternidad se condiciona a aceptar otras medidas como la esterilización, la política podría negar atención injustamente a mujeres de paridad elevada y, con ello, obligarlas a renunciar a la atención médica o a solicitar servicios tales como el aborto a personal no calificado. Todas las embarazadas deberían recibir el mismo tipo de atención perinatal y sin riesgos. Por otra parte, la política es injusta por concentrarse discriminatoriamente en la esterilización de mujeres con hijas e hijos y no contemplar el mismo tipo de procedimientos para hombres.

Debería ser posible que el Dr. Díaz proporcionara al señor y a la señora Magaña, al igual que a otros pacientes, suficiente información sobre los métodos anticonceptivos apropiados a sus necesidades, entre ellos la esterilización y las formas reversibles de planificación familiar de eficacia comparable. El señor y la señora Magaña también deberían recibir consejería apropiada sobre los riesgos y beneficios de la esterilización y de las demás alternativas, a fin de que puedan elegir sin las limitaciones impuestas por su condición de pobreza. Los principios de los derechos humanos protegen al individuo contra procedimientos médicos para los cuales no ha otorgado su consentimiento libremente. El concepto de salud reproductiva entraña “la capacidad de procrear y la libertad de decidir cómo, cuándo y con qué frecuencia”. El Dr. Díaz puede acogerse a la obligación ética de la profesión

médica de mostrar el mismo respeto por todas y todos los pacientes a fin de no exigir a las mujeres embarazadas que no pueden pagar los servicios de parto indicados en un hospital que consientan anticipadamente a ser esterilizadas a cambio de recibir atención gratuita. Asimismo, puede protestar contra la injusticia de una política que compromete el tratamiento voluntario de las mujeres que viven en la pobreza.

Referencias

FIGO statement on Female Contraceptive Sterilisation.

UN Department of Public Information, Platform for Action and Beijing Declaration, Fourth World Conference on Women, Beijing, China, 1995. New York: UN, 1995, paragraph 94.

UNESCO Chair in Bioethics Reproductive Health Case Studies with Ethical Commentary.

C. Zampas, A. Lamackova Forced and Coerced Sterilization of Women in Europe. *Int. J. Gynecol. Obstet* 2011; 114 (2): 163-6.

Embarazo múltiple

Caso:

Rebeca, una mujer de 40 años de edad, no ha logrado tener hijos en sus 16 años de matrimonio. Junto con su esposo le informa a la Dra. Pastrana, especialista de una clínica de infertilidad, que desean embarazarse antes de cumplir 42 años. Le solicitan a la doctora un tratamiento de estimulación hormonal de la ovulación para mejorar la reproducción natural o para realizar una fertilización in vitro (FIV), tal vez mediante inyección intracitoplásmica de espermatozoides, con el fin de maximizar las probabilidades de un embarazo de un solo feto. La Dra. Pastrana sabe que la estimulación hormonal de la ovulación y la transferencia de varios embriones en la FIV podría dar como resultado un embarazo múltiple, aunque la transferencia de varios embriones sería lo indicado para Rebeca por lo avanzado de su edad.

Preguntas:

¿La Dra. Pastrana puede recomendar, fundamentándose en la ética, la estimulación hormonal para que ocurra la fecundación de manera natural, consciente de que el nivel de la dosificación puede producir efectos que van desde impedir la fecundación hasta producir un embarazo de varios fetos?

Con base en principios éticos, ¿la Dra. Pastrana puede recomendar la estimulación hormonal para la FIV, buscando que cualquier excedente de embriones que probablemente exista sea utilizado para transferirlo a otras mujeres, para su uso en investigación o para fines de enseñanza, siempre y cuando Rebeca otorgue su consentimiento?

¿La Dra. Pastrana puede requerir, fundamentándose en la ética, la reducción embrionaria si Rebeca tiene un embarazo de tres o más fetos?

Con base en la ética, ¿la Dra. Pastrana debe cumplir con la solicitud de Rebeca en cuanto a reducir un embarazo gemelar, convirtiéndolo en un embarazo de un solo feto?

Evaluación:

La estimulación hormonal con el propósito de producir la reproducción natural conlleva el riesgo de niveles impredecibles de embarazos múltiples, mientras que con la FIV, las y los profesionales médicos pueden controlar el número de embriones transferidos. En mujeres de 35 años de edad y más, a menudo se recomienda que se transfiera más de un embrión para aumentar las probabilidades de embarazo y nacimiento. Sin embargo, se ha demostrado que hasta los 40 años de edad la transferencia repetida de un solo embrión después de su congelación/descongelación, de requerirse, resulta igual de eficiente que la de varios embriones. En el Reino Unido, una cantidad un poco menor del 25% de los nacidos vivos por FIV son gemelos, comparado con casi el 33% en 2008, hallazgo que refleja la existencia de una política que favorece la transferencia de un solo embrión. Sin embargo, las mujeres que solicitan una reproducción médicamente asistida tienden a ser de edad relativamente avanzada y, por ello, frecuentemente se considera que se justifica usar un método más agresivo para estimular la ovulación, así como la transferencia de más de un embrión. Ambos procedimientos aumentan la posibilidad de un embarazo múltiple.

Análisis ético:

Respeto por las personas:

La estimulación hormonal en Rebeca aumenta sus probabilidades de lograr el embarazo deseado, ya sea por fecundación natural o mediante FIV. No obstante, se arriesga a que la clínica le

proponga tratarla con la condición de que acepte llevar a término un embarazo gemelar porque, en caso de un embarazo múltiple, no practican la reducción embrionaria a embarazo único, por cuestión de principios y para economizar sus limitados recursos. No obstante, existen preocupaciones de carácter ético relacionadas con el hecho de requerir que una mujer tenga más bebés de los realmente deseados, en tanto ello compromete su autonomía y la expone a riesgos de salud que podrían afectar su bienestar, el de los fetos *in utero* y, posteriormente, el de los recién nacidos.

Hacer el bien y evitar el daño:

Ayudar a una paciente a superar la infertilidad y a tener el hijo que desea constituye un claro beneficio. No obstante, el riesgo de un embarazo múltiple, aunque sólo sea gemelar, se considera cada vez más una complicación o disfunción de muchas modalidades de reproducción médicamente asistida. En sí, la estimulación hormonal conlleva el riesgo del síndrome de hiperestimulación ovárica, con consecuencias fatales, aunque en la actualidad este riesgo se encuentra generalmente bien controlado. El embarazo múltiple constituye un problema en especial para los fetos *in útero* y al nacer (frecuentemente antes de llegar a término) y para las mujeres antes y después del parto. En 2007, en el Reino Unido, se observó que la tasa de nacidos muertos en embarazos múltiples era cuatro veces mayor que para embarazos únicos, y que las gestaciones múltiples contribuían de manera sustancial a las tasas globales de mortalidad perinatal. Más allá de los costos individuales se encuentran los costos sociales para el hospital y los sistemas de salud derivados del manejo de problemas en el desarrollo neurológico y de complicaciones respiratorias y gastrointestinales que especialmente tienden a presentar las y los bebés prematuros.

Justicia:

El efecto de una paciente que acepta los riesgos que conlleva un embarazo múltiple para sí misma y para sus recién nacidos (gemelos o más), puede ser el de convertirse en una carga para los sistemas públicos de salud y de educación, con la consiguiente extensión de los costos asociados a garantizar su bienestar. Tal situación plantea cuestiones éticas de justicia social y ha inspirado a algunos sistemas de salud de países desarrollados a subsidiar la reproducción médicamente asistida para promover la transferencia de un solo embrión, y quizás la reducción de más de un feto. Hay quienes podrían considerar la reducción embrionaria como un aborto de los embriones o fetos implantados y sacrificados *in útero*, pero según los lineamientos de FIGO, la reducción de un embarazo de más de dos embriones “no se equipara desde el punto de vista médico a la interrupción de ese embarazo, sino que se considera que se practica para asegurar el mejor resultado.” Si el ultrasonido u otro tipo de estudio revela que dentro de la matriz un feto presenta discapacidades severas, practicar la reducción selectiva genera cuestiones éticas relacionadas con la devaluación implícita de personas con discapacidades. Si todos los fetos tienen el mismo potencial, la selección de uno o más para practicar la reducción plantea el problema ético de lograr la igualdad al elegir aleatoriamente cuáles serán objeto de este procedimiento.

Referencias:

FIGO Ethical Guidelines on Multiple Pregnancy.

FIGO statement on Fertility Centres and Who They Should Treat.

B.M. Dickens, R.J. Cook. Multiple Pregnancy: Legal and Ethical Issues. *Int. J. Gynecol Obstet* 2008; 103(3): 270-274.

Fístula obstétrica

Caso

Graciela, de 16 años de edad y casada desde hace dos años, vive en una zona remota carente de servicios. Se embarazó por primera vez a los 15 años y no recibió atención prenatal por no encontrarse disponible. Fue atendida durante el trabajo de parto por una partera tradicional, sin contar con acceso a centros de salud o apoyo adecuado para la atención de urgencias obstétricas. Después de tres días de un prolongado trabajo de parto obstruido, dio a luz a un bebé que nació muerto. Tres días después observó que tenía pérdida continua de orina. La partera no le pudo recomendar nada al respecto y el hospital más cercano, con capacidad para proporcionarle tratamiento y apoyo, se encontraba a 300 kilómetros de distancia y no ofrecía facilidades para el traslado de pacientes. La familia y el esposo de Graciela eran demasiado pobres para pagar los gastos de transporte, situación que la llevó a padecer un cuadro de depresión y a ser abandonada por su esposo y sus amistades. Se le exige que viva de manera aislada fuera de su comunidad y que no participe en las tareas de preparación de alimentos.

Hace un año se estableció una pequeña clínica a cinco kilómetros del domicilio de Graciela. El personal de la clínica consta de dos enfermeras y una partera. El Dr. Pedroza, médico ginecólogo que trabaja en el hospital, cada 4 meses dedica 10 días de su tiempo a la clínica. El padre de Graciela la llevó a la clínica donde la examinó el Dr. Pedroza, quien le indicó que presentaba una fístula vesicovaginal y una rectovaginal.

Preguntas:

¿El Dr. Pedroza se encuentra éticamente obligado a ayudar a Graciela a hacer frente a sus problemas de salud?

De acuerdo con la perspectiva de la ética, ¿el Dr. Pedroza debería presionar al hospital para que se le ofreciera a Graciela tratamiento de reparación de las fístulas?

¿El Dr. Pedroza debería equipar a la clínica para practicar el procedimiento de reparación de las fístulas?

¿El Dr. Pedroza tiene responsabilidades éticas, que van más allá del caso de Graciela, que impliquen atender a otras pacientes que lleguen a encontrarse en su misma situación?

Evaluación:

El caso de Graciela ilustra varios problemas relacionados con injusticias en la provisión de servicios básicos de salud, desde preocupaciones asociadas al matrimonio temprano y la falta de sensibilidad del sistema de salud, hasta la provisión de la atención necesaria para individuos, familias y comunidades carenciadas.

El matrimonio temprano constituye una práctica tradicional dañina, prevalente en países en vías de desarrollo. Graciela es víctima de esa injusticia social que la expuso a embarazarse muy joven y a un parto prematuro que conlleva la posibilidad de ocasionar la muerte materna o sufrir, entre otras cosas, los importantes trastornos incapacitantes conocidos como fístula vesicovaginal y fístula rectovaginal.

La tragedia de Graciela la enfrentan miles de jóvenes de países en vías de desarrollo, situación que subraya la injusticia social que debe ser abordada a escala comunitaria y por los gobiernos de esos países. La atención médica en general, y los servicios de salud reproductiva en particular, adolecen de problemas cuya atención debe constituir una prioridad para esos gobiernos. El acceso a servicios esenciales de salud es un derecho humano básico y debería ocupar un lugar de importancia central para

la misión de los gobiernos comprometidos con el bienestar de las poblaciones que dicen servir.

Análisis ético:

Respeto por las personas:

Resultaría definitivamente conveniente para la autonomía de Graciela que el Dr. Pedroza le proporcionara los medios necesarios para recibir un procedimiento de reparación de las fístulas. Sin embargo, antes de ello, y también relacionado con su autonomía, se encuentra el asunto de su matrimonio. En ciertas culturas tradicionales se acostumbra casar a las niñas para liberar a su padre y a su madre de la necesidad de mantenerlas, del temor de que sientan curiosidad por la sexualidad e inicien una vida sexual activa y se embaracen, o de que hombres sin escrúpulos abusen sexualmente de ellas y deshonren a la familia. Probablemente el Dr. Pedroza pueda hacer muy poco por sí mismo para modificar esta situación, pero puede fungir como vocero y apoyar las leyes que protegen el derecho humano de las adolescentes a la independencia, de acuerdo a su nivel de madurez, incluso la observancia de las leyes que establecen una edad mínima para contraer matrimonio, así como el derecho humano universal a contraer matrimonio voluntariamente.

De forma más inmediata, al reconocer que la reparación de las fístulas podría no ser viable para Graciela en sus circunstancias actuales, el Dr. Pedroza tendrá que atender el problema de la incontinencia urinaria y del paso de las heces del recto a la vagina, así como la posibilidad asociada de contraer una infección. Para ello, tal vez se requiera movilizar recursos de la clínica, de la familia y de la comunidad para mantener tanto su higiene como su moral.

Hacer el bien y evitar el daño:

El Dr. Pedroza se traslada 300 kilómetros entre el hospital y la clínica local cada 4 meses y, por lo tanto, podría preguntar si Graciela, y quizás algún familiar, podrían acompañarlo para llevarla al hospital para que reciba el tratamiento de reparación de fístulas. Asimismo, debería determinar si la partera o enfermera de la clínica podría capacitarse para efectuar el diagnóstico, el manejo y la reparación de por lo menos las fístulas más sencillas.

Entre las obligaciones éticas del Dr. Pedroza de hacer el bien entre las y los integrantes de la comunidad que dependen de la clínica, así como de minimizar los daños que puedan sufrir, se incluyen las de informar y educar a la comunidad sobre los riesgos que conlleva casar a niñas adolescentes y sobre la maternidad prematura, y tal vez ilustrarlos con el caso de Graciela, que toda la comunidad conoce. La información debe cubrir no sólo los riesgos implícitos para la salud, sino también los devastadores efectos sobre las familias de la pareja.

Justicia:

La enorme injusticia que llevó a la tragedia de Graciela y de miles de jóvenes que se encuentran en su misma situación o en riesgo de padecerlo, es la relativa a la falta de atención prenatal y de atención obstétrica calificada durante el parto, así como la imposibilidad de ser remitidas oportunamente a un hospital en caso de emergencia (por ejemplo, cuando el trabajo de parto se prolonga excesivamente). Muchos gobiernos justifican su incapacidad de asignar recursos a los servicios de salud con el argumento de que sus países son pobres, mientras que muchos otros consideran la defensa nacional solamente en términos militares, incluida la fabricación o compra de material bélico. Si se les pudiera motivar o exigir que asignaran los presupuestos de manera tal que el gasto per cápita para la defensa de la salud se equiparara al gasto en defensa militar, la protección de la salud de su población mejoraría sustancialmente. Por ser médico ginecólogo, se podría esperar que, con fundamento en la ética, el Dr. Pedroza instara a sus colegas a promover activamente la adecuada

financiación de los servicios para la atención prenatal y del parto, a fin de que las Gracielas de las comunidades que atienden puedan dar a luz y criar sin riesgos a niñas y niños saludables.

Referencias:

FIGO Ethical Guidelines on Obstetric Fistula.

FIGO statement on The Role of OB/GYNs as Advocates for Women's Health.

R.J. Cook, B.M. Dickens, S. Syed S. Obstetric Fistula: The Challenge to Human Rights, *Int. J. Gynecol. Obstet* 2004; 87(1): 72-7.

A.T. Lassey Simple Fistulas: Diagnosis and Management in Low-Resource settings-A Descriptive Report *Int. J. Gynecol. Obstet.* 2007; 99, Suppl. 1: s47-s50.

Rehusarse a someterse a una cesárea

Caso:

Regina tiene 28 años de edad y vive en un hogar modesto junto a su esposo y su hija de 4 años. Actualmente se encuentra en el hospital con contracciones, pues está a punto de dar a luz a su segundo hijo, cuyo desarrollo transcurrió sin problemas. La Dra. Olgúin, al interpretar la lectura del monitor de ritmo cardíaco fetal, teme que el niño no esté recibiendo una cantidad adecuada de oxígeno. Por esa razón le recomienda a Regina tener un parto por cesárea. Pero Regina se niega e indica que desea un parto natural. La Dra. Olgúin le explica el riesgo de daño cerebral que la situación conlleva para el feto, pero Regina de todas formas dice no estar de acuerdo con el parto quirúrgico. Sólo aceptará la cesárea si su vida o la del feto se encontraran en peligro. Cuando el esposo de Regina le pregunta a la Dra. Olgúin cómo va avanzando el trabajo de parto, la doctora le expone su opinión al respecto. El esposo afirma que aprueba la cesárea y que pagará los costos adicionales del procedimiento con los ahorros de la familia para evitar que su hijo sufra daño cerebral.

Preguntas:

¿La Dra. Olgúin se encuentra éticamente obligada a respetar la negativa de Regina?

¿Se considera ético que la Dra. Olgúin actúe con la aprobación del esposo?

¿Se considera ético que la Dra. Olgúin arriesgue los ahorros de la familia en una cirugía que tal vez no logre evitar el daño cerebral del bebé?

¿El esposo puede afirmar que habla en nombre del feto?

Evaluación:

El Dr. George Macones, quien coordinó la elaboración del número de julio de 2009 del *Practice Bulletin* del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG, por sus siglas en inglés), donde se abordó el tema del monitoreo fetal electrónico (MFE), señaló que el MFE ha logrado reducir el riesgo de convulsiones neonatales, pero no las tasas de mortalidad perinatal ni de parálisis cerebral. Durante el trabajo de parto, dicho monitoreo influye poco en el número de casos de parálisis cerebral, dado que el 70% de éstos ocurren antes de que se inicie el trabajo de parto y sólo el 4% se atribuye exclusivamente a eventos que suceden durante el trabajo de parto y el nacimiento.

Cuando el monitoreo electrónico indica que existen riesgos para el feto, se posibilita la realización de ciertas intervenciones, tales como aumentar el suministro de oxígeno a la mujer y/o inducir el parto vaginal —posiblemente con fórceps— sin recurrir a la cesárea. Uno de los efectos de la disponibilidad de ese tipo de monitoreo es el aumento significativo de los partos por cesárea. La ACOG publicó su *Practice Bulletin* de julio de 2009 con la finalidad de reducir el número de casos innecesarios de parto por cesárea. Por lo general, la cesárea es un procedimiento quirúrgico seguro, pero resulta mucho más costoso que un parto natural y, en efecto, presenta algunos riesgos para la madre y/o su bebé, así como posibles complicaciones para futuros embarazos.

Análisis ético:

Respeto por las personas:

Respetar la autodeterminación o autonomía de Regina implicaría acceder a su decisión de rechazar la cesárea, aunque la aceptaría si su vida o la del bebé corriera peligro. La obligación de la Dra. Olgúin de decir la verdad le impide afirmar que la vida de Regina corre riesgos. El acto de

determinar que existe riesgo de vida para el feto/niño debe basarse en una evaluación médica realizada de buena fe y no instrumentalmente para justificar un parto por cesárea. Podría suceder que el feto fuera vulnerable y que, por ende, ameritara protección. Por su parte, sin embargo, Regina es vulnerable a ser presionada o manipulada a dar a luz por cesárea —procedimiento que desaprueba—, a los riesgos que conlleva un parto quirúrgico, tanto para ella como para su bebé, y al mayor grado de conocimientos de la Dra. Olgúin. Tal situación justifica que se le proteja contra la decisión de practicarle una cirugía no deseada, que podría resultar inútil e innecesaria si el feto ya presenta daños.

Asimismo, las preferencias del esposo merecen respeto, pero éste no puede autorizar desde el punto de vista jurídico una cirugía que su esposa rechaza, a menos —tal vez— que la vida de ésta se encontrara en peligro inmediato. De igual manera, según los principios éticos, no tiene más derecho que Regina a afirmar que representa los intereses del feto, aunque la prevención de lesiones severas y evitables en el bebé antes y al momento de nacer constituye un valor importante.

Hacer el bien y evitar el daño:

El parto por cesárea puede beneficiar al bebé al momento de nacer, pero implica riesgos para el feto y para la madre en ese momento, así como para futuros embarazos. La regla de que todo embarazo a edad más avanzada requiere parto por cesárea no es tan firme como solía ser, pero se debe considerar para el caso de Regina al evaluar la relación entre riesgo y beneficio. Una cesárea en manos experimentadas resulta, por lo general, un procedimiento seguro pero que puede constituir una carga económica para la familia que debe cubrir los gastos por sí misma o recurrir a los recursos de los servicios de salud de los cuales dependen otras pacientes.

Justicia:

La Dra. Olgúin debería considerar si su motivación para realizar el parto por cesárea consiste en proteger su reputación a costa de exponer a Regina y/o al feto a los riesgos que conlleva el procedimiento y a abrumar a su familia con los gastos de una cirugía tal vez inútil o innecesaria. En otras palabras, la Dra. Olgúin tendrá que resolver cualquier conflicto ético de intereses antes de actuar. La familia dispone de pocos recursos, los que podrían destinarse para beneficiar a la hija, en caso que no se agotaran por completo al recurrir el parto por cesárea. El riesgo del posible empobrecimiento y consiguientes privaciones que padecería la familia podría ser visto como la carga natural que enfrenta toda familia que busca satisfacer las necesidades de uno de los integrantes a costa de las de los demás. Si el esposo de Regina pertenece a una cultura donde se prefiere tener hijos varones, de manera que existiría predisposición a sacrificar recursos familiares a favor de un hijo pero no de una hija, su preferencia discriminatoria por la cesárea parecería menos justificada.

Referencias:

FIGO. Ethical Framework for Gynecologic and Obstetric Care.

FIGO. Ethical Guidelines regarding Interventions for Fetal Well-Being. FIGO. Ethical Aspects concerning Neonatal Screening.

ACOG. Practice Bulletin No. 106. Intrapartum Fetal Heart Rate Monitoring. *Obstet Gynecol* 2009; 114(1): 192-202.

Rehusarse a recibir tratamiento

Caso:

Talía, una mujer soltera de 19 años de edad y con pareja, visita una clínica prenatal del gobierno donde le confirman que está embarazada. Tres de cada diez mujeres que acuden a clínicas prenatales del sector público en esa región son VIH positivas. Por la elevada tasa de prevalencia del VIH entre las embarazadas, todas las mujeres que asisten a esas clínicas reciben pruebas de VIH de manera rutinaria. A Talía también le hicieron la prueba, pero sin su conocimiento. Al regresar a la clínica para su cita de seguimiento, el doctor que la atendió, el Dr. Sámano, le proporcionó consejería antes de revelar que era VIH positiva. Le explicó que necesitaba tratamiento con antirretrovirales por su propio bien y para evitar transmitir la infección al feto durante un parto natural. Talía se rehusó a recibir el tratamiento, ya que en su sociedad se aísla a las mujeres que son VIH positivas, y solicitó que no se divulgara su estado de salud a terceros.

Preguntas:

Según la ética, ¿el Dr. Sámano debería respetar los deseos de Talía de no recibir tratamiento?

¿El Dr. Sámano puede exigir, de acuerdo con la ética, que Talía reciba, contra su voluntad, tratamiento preventivo para evitar la transmisión materno-infantil del virus?

¿El Dr. Sámano puede priorizar éticamente los intereses del feto por encima de los de Talía?

¿El Dr. Sámano puede sugerir, sin violar los principios de la ética, que Talía interrumpa su embarazo?

Según la perspectiva de la ética, ¿el Dr. Sámano debería atender la solicitud de confidencialidad de Talía?

Evaluación

Muchas personas no saben que están infectadas con VIH. En África, menos del 1% de la población urbana sexualmente activa ha recibido pruebas de detección del virus. Este porcentaje resulta todavía menor entre los habitantes de zonas rurales. Más aún, sólo el 0,5% de las mujeres embarazadas que se atienden en establecimientos de salud urbanos reciben consejería, pruebas o los resultados de las mismas, proporción que —una vez más— es menor en los centros de salud situados en zonas rurales. De acuerdo con una muestra de 32.861 mujeres que acuden a 1.447 clínicas prenatales en las 9 provincias de Sudáfrica, el Departamento Nacional de Salud calculó que el 29,4% de las embarazadas (de 15 a 49 años de edad) vivían con VIH en 2009.

Análisis ético:

Respeto por las personas:

Desde la perspectiva de la autonomía de Talía, el hecho de rehusarse a recibir tratamiento y solicitar confidencialidad en lo que respecta a los resultados de la prueba resulta lógico en virtud de la inminente amenaza de ser arrojada al ostracismo por su familia, su comunidad y la sociedad en general. Sin embargo, el Dr. Sámano tiene la poco envidiable tarea de intentar convencerla de recibir el tratamiento debido a que alrededor de 40.000 niñas y niños de Sudáfrica contraen VIH cada año, cifra que refleja la deficiente tarea de prevención de la transmisión materno-infantil. Asimismo, el SIDA representa uno de los principales factores que contribuyen a la tasa de mortalidad infantil en ese país, la que aumentó significativamente entre 1990 y 2008, pasando de 44 a 48 muertes por cada 1.000 infantes, precisamente en un periodo durante el cual se registraron disminuciones en todas las regiones

del mundo.

Hacer el bien y evitar el daño:

Si se preserva la confidencialidad del caso de Talía, el tratamiento con antirretrovirales, además de beneficiarla a ella, sería también beneficioso para el feto/niño. El estadio en que una persona comienza el tratamiento antirretroviral produce un gran impacto en las probabilidades de responder positivamente al mismo. Cabe señalar que para que dicha terapia funcione, las y los pacientes deben cumplir un esquema diario de antirretrovirales por el resto de sus vidas. Interrumpirlo puede implicar que el VIH se vuelva resistente al medicamento y que el tratamiento pierda su efectividad. Por la elevada tasa de prevalencia local de la infección, y de acuerdo con precauciones de carácter universal, a todas las mujeres se les trata como si fueran VIH positivas y, por ende, el personal clínico no necesita conocer la condición de seropositividad de Talía, con lo que se evita el daño de divulgar su caso. Sin embargo, dado que Talía tiene pareja, el riesgo de contagiarlo y ocasionarle un daño demanda que el Dr. Sámano le informe a Talía que su pareja necesita saber que ella es VIH positiva, así como sobre la urgencia de que se haga pruebas de detección del virus para que tome medidas precautorias mientras espera sus resultados.

Justicia:

Haberle practicado la prueba del VIH a Talía sin su conocimiento plantea la cuestión ética de si tales pruebas se deben administrar rutinariamente y, por lo tanto, no mencionarlas específicamente; o si por lo excepcional de la prevalencia del VIH se debería preguntar a las y los pacientes si están de acuerdo o no en hacerse la prueba. Se debe admitir que la infección por VIH es diferente a todas las demás, siendo distinta desde el punto de vista ético por el impacto tan diverso que produce en las familias, la sociedad y el país en general. Se estima que 5,6 millones de personas se encontraban infectadas con el VIH y SIDA en Sudáfrica en 2009, más que en cualquier otro país, y que por ello se justifica la implementación de consejería y pruebas de VIH con el propósito de eliminar el problema del diagnóstico tardío o de la falta del mismo. Proporcionar pruebas y consejería en materia de VIH de manera rutinaria es de vital importancia para que el tratamiento se vuelva accesible a pacientes que ya han contraído la infección. El hecho de que una persona sepa que es VIH positiva puede llevar a proteger a otras y evitar que se infecten.

Referencias:

FIGO Guidelines Regarding Informed Consent.

FIGO statement on Ethical Aspects of HIV Infection and Reproduction.

FIGO statement on Confidentiality, Privacy and Security of Patients' Health Care Information.

HIV and AIDS and STI Strategic Plan for South Africa, 2007-2011

<http://www.doh.gov.za/docs/misc/stratplan-f.htm>

HIV and AIDS in South Africa. <http://www.avert.org/aidssouthafrica.htm>.

HIV and AIDS in Africa. <http://www.avert.org/aids-hiv-africa.htm>.

Re-infibulación

Caso:

Cuando Lina tenía 11 años de edad, su madre la sometió a la forma más severa de mutilación genital femenina: la infibulación. Ahora, con 22 años y casada, acaba de dar a luz de manera segura a su primer bebé. Le pidió a la doctora que la atendió a lo largo del embarazo y el parto, la Dra. Alín, que la regrese a su antiguo estado por medio de la re-infibulación.

Preguntas:

¿Se considera ético que la Dra. Alín simplemente atienda la solicitud de Lina?

¿La Dra. Alín debería informarle a Lina que no se considera ético que las y los profesionales médicos practiquen la infibulación, y por lo tanto negarse a practicar el procedimiento solicitado?

¿Qué factores éticos debería considerar la Dra. Alín al decidir si atiende la petición de Lina?

¿La Dra. Alín tiene obligaciones éticas hacia la comunidad de Lina?

Evaluación:

La mutilación genital femenina que precede a la infibulación es una práctica condenada por la comunidad médica, y cada vez más se la considera una violación a los derechos humanos, especialmente cuando se practica en niñas incapaces de tomar decisiones por sí mismas y otorgar su consentimiento a este procedimiento. Sin embargo, los sistemas jurídicos podrían considerar que las adolescentes maduras son capaces de decidir que se les practiquen formas limitadas de cirugía genital, ya sea por motivos ritualistas o cosméticos. Sin importar cuán injustificada fue la infibulación, la re-infibulación no requiere de la ablación sino de volver a suturar.

Una de las razones por las que la comunidad médica se opone a la re-infibulación posnatal es que, en caso de realizarla, parecerían estar refrendando la infibulación, confiriéndole un cierto grado de aceptabilidad y legitimidad médica profesional. Es decir, la medicalización podría ayudar a que la mutilación genital femenina fuera percibida como tolerable. La Declaración de FIGO de 2006 sobre Mutilación Genital Femenina condena todas las formas de la práctica, pero requiere que a las mujeres que han sido sometidas al procedimiento se les trate con compasión y respeto. Más aun, la declaración subraya que, dependiendo de las leyes locales, “a las mujeres adecuadamente informadas, quienes... después del nacimiento soliciten por sí mismas que se les vuelva a suturar, no se les debería negar el tratamiento.” Sin embargo, se recomienda que el personal médico explique los beneficios de la ausencia de suturas y que no promueva la práctica de la re-infibulación.

Análisis ético:

Respeto por las personas:

Al aceptar la solicitud de Lina, la Dra. Alín estaría respetando su autonomía, siempre y cuando la solicitud se hiciera de manera independiente y no bajo la presión de su esposo o de miembros de su familia, por ejemplo. Sin embargo, si el hecho de aceptar la solicitud pudiera interpretarse como un apoyo a la infibulación, dicha aceptación agravaría la vulnerabilidad de las niñas jóvenes de la comunidad de Lina, quienes podrían verse sometidas a prácticas de mutilación invasiva peligrosa. Por consiguiente, la Dra. Alín debe decidir atender la solicitud de Lina si al mismo tiempo a ella, a su familia y a su comunidad se les da a entender que la mutilación genital femenina es frecuentemente un procedimiento dañino no requerido por ninguna religión y considerado no ético desde el punto de vista

profesional.

Hacer el bien y evitar el daño:

El contraste entre llevar a cabo una acción benéfica e inadvertidamente contribuir a hacer un daño, que en este caso refiere a cumplir con la solicitud de Lina y así afirmar que la mutilación genital femenina constituye un procedimiento médico legítimo, contraponen los valores microéticos de un individuo con los valores macroéticos de una comunidad. Para Lina, reasumir su acostumbrada identidad física e integridad después del parto —como ella lo desea— representaría un beneficio directo para sí misma, mientras que el daño a su comunidad de medicalizar la mutilación genital femenina al solicitar la re-infibulación sería indirecto y especulativo. A Lina se le puede recomendar no volver a suturarse por su propio beneficio y por el beneficio social o comunitario que representaría oponerse a la mutilación como práctica en su región. Sin embargo, si aun así solicitara el procedimiento, la Dra. Alín deberá sopesar los beneficios y los daños que el mismo conlleva y su relativa probabilidad y proximidad al decidir si accede a la petición de Lina o, por el contrario, la deja librada a elegir entre otras opciones que pudiera tener.

Justicia:

La Dra. Alín debe determinar si la re-infibulación es igual o distinta a la infibulación original desde la perspectiva de la ética. De ser igual, deberá rehusarse por principios éticos a realizarla; pero si es diferente, no necesariamente se considerará objetable y se podría llevar a cabo con las precauciones debidas para evitar legitimar la intervención genital previa. Las leyes de algunos países establecen diferencias entre los procedimientos genitales practicados en niñas incapaces de otorgar su consentimiento y aquéllos solicitados por mujeres adultas para fines cosméticos o similares. La mutilación inicial plantea riesgos tales como traumatismo e infección, los que no se encuentran presentes en la re-infibulación realizada por personal médico, procedimiento que puede no incluir ablación o tratamiento tisular menor. Sin embargo, se podría equiparar la re-infibulación con la infibulación en tanto las y los profesionales de la salud desapruueban dicha práctica por considerarla un procedimiento médico innecesario, degradante y dañino para las mujeres en general.

Referencias:

FIGO statement on Female Genital Cutting.

FIGO statement on The Role of OB/GYNs as Advocates for Women's Health. G.I. Serour. The Issue of Reinfibulation. *Int. J. Gynecol Obstet* 2010; 109(2) :93-6.

Selección de sexo por razones sociales

Caso:

La señora Beltrán, de 36 años de edad, es madre de dos niñas, una de 10 y otra de 6, y vive en una zona montañosa remota junto a su esposo, de 40 años de edad, quien se encuentra enfermo. El matrimonio cree firmemente que necesita tener un hijo varón que apoye a la familia, en especial cuando padre y madre lleguen a la vejez. La señora Beltrán decide consultar al Dr. Rojo y le comenta que calcula tener 12 semanas de embarazo. La ley local prohíbe la determinación prenatal del sexo, excepto en caso de trastornos genéticos vinculados al sexo. La señora Beltrán pregunta si le pueden hacer estudios para determinar si el feto es niño o niña y explica que estaría dispuesta a llevar su embarazo a término sólo si fuera a tener un hijo varón. Por su historial médico, la ley local la habilitaría a interrumpir su embarazo.

Preguntas:

¿Se debería abordar el caso, desde la perspectiva ética, como un aborto basado en el sexo o como la continuación de un embarazo por razones de sexo?

¿El Dr. Rojo tiene una obligación ética sólo hacia la señora Beltrán, o se deberían considerar intereses sociales tales como el desequilibrio en la proporción de sexos en la comunidad?

¿La solicitud de la señora Beltrán se considera discriminatoria según principios éticos?

¿Se considera de relevancia ética que la señora Beltrán interrumpa su embarazo si se le niega la determinación prenatal del sexo de su bebé?

Evaluación:

Existe la posibilidad de seleccionar el sexo de un embrión o feto por razones no médicas y con las mismas técnicas generalmente utilizadas —amniocentesis, muestras de vellosidades coriónicas y ultrasonido— para la prevención de discapacidades asociadas al sexo. Las técnicas de selección de sexo han experimentado avances en años recientes: actualmente existen técnicas tales como la separación de espermatozoides, el diagnóstico genético pre-implantacional, la biopsia de células embrionarias y la detección del cromosoma Y del ADN fetal en la sangre materna mediante la reacción en cadena de la polimerasa. Estas pruebas resultan importantes en la práctica médica, pues ofrecen información valiosa sobre las anomalías genéticas del feto. Sin embargo, los estudios prenatales desarrollados para ese fin se han utilizado, de manera equivocada, simplemente para la selección del sexo del feto y para abortos basados en el sexo del feto, en particular en países con culturas que favorecen a los hijos varones.

Análisis ético:

Respeto por las personas:

El Dr. Rojo promovería el respeto a la autonomía de la señora Beltrán al llevar a cabo un diagnóstico prenatal. Sin embargo, la autonomía de la paciente se vería afectada por la restricción jurídica que impide realizar un diagnóstico prenatal para determinar el sexo fetal (situación que refleja el supuesto común de que ese tipo de valoración se practica con el fin de abortar fetos de niñas). De igual manera, la declaración de FIGO de 2005 sobre la selección de sexo para fines no médicos permite la determinación prenatal del sexo del feto “sólo por indicación o para fines médicos que no

contribuyan a la discriminación social con base en el sexo o en el género.” Lo anterior plantea la cuestión ética de si el matrimonio Beltrán, al considerar que sólo están dispuestos a recibir un hijo varón, está perpetuando la discriminación social por razones de sexo o si son víctimas de esta práctica. Quizás su postura se base en el hecho de que crean que, al llegar a una edad avanzada y encontrarse en situación de dependencia, sus hijas adultas no podrán mantenerlos, pues al casarse probablemente abandonen el hogar.

Hacer el bien y evitar el daño:

La preferencia por los hijos varones se encuentra profundamente arraigada en muchas culturas, especialmente en China y la India. Por ejemplo, cifras de China y Corea del Sur sobre la proporción de sexos al momento de nacer, revelan que el aborto con fines de selección de sexo ha sesgado a la población hacia una preponderancia disfuncional de hombres. La declaración de FIGO de 2005 sobre la selección de sexo para fines no médicos busca eliminar el daño ocasionado por este tipo de discriminación. Comienza con la siguiente observación: “El Comité [de Ética] desapruueba toda forma de discriminación contra las mujeres y el uso de cualquier técnica médica para todo fin que exacerbe la discriminación de cualquiera de los sexos. De particular preocupación ética resulta la selección de sexo, sobre todo cuando se deriva de diferencias de valores adscritos a cada sexo o de estereotipos de género dominantes.”

Sin embargo, negarle a la señora Beltrán el diagnóstico prenatal del sexo de su bebé podría perjudicarla. Por desconocer el sexo del feto, podrá optar por interrumpir un embarazo que llevaría a término si se le demostrara que es niño, situación que plantea la preocupación ética de si resulta preferible que tenga un aborto, quizás innecesario, o se arriesgue a perpetuar la discriminación por razones de sexo a cambio del beneficio de no interrumpir la gestación de un feto que ella sabe que es niño.

Por su parte, el Dr. Rojo se enfrenta al dilema ético de atender los intereses sociales que se oponen al aborto con base en el sexo y obstaculizan las intenciones de la señora Beltrán de tener un hijo varón o brindarle el beneficio de la oportunidad de dar a luz a un hijo varón, aunque al hacerlo cumpla con los dictados de una cultura que discrimina por razones de sexo y daña a las mujeres.

Justicia:

La promoción de igualdad de derechos entre hombres y mujeres implica contrarrestar la selección de sexo por razones sociales, dirigida contra las mujeres, que predomina en algunas regiones del mundo. Todas y todos los profesionales de la salud y las sociedades en las que actúan tienen la obligación de promover e incidir a favor de estrategias encaminadas a lograr la igualdad de género y entre los sexos. Sin embargo, la selección de sexo contra las mujeres podría ser sólo un síntoma y no la causa de su discriminación. Como defensor de una mejor situación de las mujeres dentro de la sociedad, el Dr. Rojo podría demostrar que las leyes o políticas que prohíben el aborto con base en el sexo no abordan las raíces del problema y que, por ello, no pueden remediar la injusticia de la discriminación prevalente hacia niñas y mujeres.

En el caso de la señora Beltrán, el problema ético que debe atender el Dr. Rojo radica en si debe resolverlo a nivel clínico (microético) o social (macroético). En el primer nivel se permitiría la realización del diagnóstico prenatal del sexo fetal de conformidad con la ley, puesto que el propósito del procedimiento consiste en prevenir el aborto con base en el sexo, y no la continuación del embarazo por razones de sexo. Cualquier incertidumbre en el alcance de esa ley prohibitiva se debe aclarar a favor de la libertad de los individuos. En el segundo nivel, al negar el diagnóstico prenatal del sexo, se descalificarían los intereses de la paciente a favor de un objetivo de mayor alcance: la igualdad de los

sexos y la justicia social.

Referencias:

FIGO statement on Sex Selection for Non-Medical Purposes.

FIGO statement on The Role of Obs/Gyns as Advocates for Women's Health.

UNESCO Chair in Bioethics Reproductive Health Case Studies with Ethical Commentary.

B.M. Dickens, G.I. Serour, R.J. Cook, R-Z. Qiu. Sex Selection: Treating Different Cases Differently. Int. J. Gynecol. Obstet 2005; 90 (2): 171-7.

Maternidad subrogada

Caso:

La señora Abreu tiene 36 años de edad y presenta menorragia y ciclo menstrual normal, con anemia extrema. Es madre de una niña de 4 años y está buscando embarazarse nuevamente. El estudio de ultrasonido revela que tiene varios fibromas que distorsionan su cavidad uterina. Hay dos indicaciones diferentes para la miomectomía: el tamaño del fibroma más grande (7 cm) y la distorsión ocasionada por los fibromas intramurales más pequeños. Después de consultar a su ginecóloga, la Dra. Peña, acepta realizarse la cirugía, consciente de que existe la probabilidad de una histerectomía. Siente que su calidad de vida deja mucho que desear y la falta de energía que le ocasiona la anemia no ha mejorado con las medicinas usuales disponibles. Ya ha pensado en la maternidad subrogada como alternativa a la concepción natural y, por tal motivo, le pide a la Dra. Peña que haga todo lo posible para evitar extirparle los ovarios.

La Dra. Peña no logró preservar la matriz, pero la señora Abreu logra recuperarse por completo. Su función ovárica todavía es satisfactoria y el análisis del semen de su esposo es normal. Seis meses después, el matrimonio Abreu le pide a la Dra. Peña que les ayude a buscar a una mujer dispuesta a gestar un embrión fecundado in vitro (FIV) con células de ella y de su esposo.

Preguntas:

¿Se considera ético que la Dra. Peña le pida a alguna de sus propias pacientes que sirva de madre gestante para el bebé del matrimonio Abreu?

¿Sería ético que la Dra. Peña le pida a una mujer con hijas o hijos pequeños que acepte ser madre gestante?

¿Se considera ético que la Dra. Peña se encargue de la estimulación hormonal de la señora Abreu para la FIV y que atienda también a la madre gestante durante su embarazo?

¿La Dra. Peña puede aceptar, con fundamento en principios éticos, que la hermana del señor Abreu, que es soltera y no tiene hijas ni hijos, sea la madre gestante?

Evaluación:

La maternidad subrogada ha sido aceptada como una opción reproductiva legítima en muchos países y, en particular, cuando las mujeres no pueden embarazarse por razones médicas. Sin embargo, el pago por este servicio sigue siendo objeto de reglamentación. En muchos escenarios se permite reembolsar a las gestantes los gastos que hayan pagado de su propio bolsillo como consecuencia del embarazo, por ejemplo, pero se prohíbe o reglamenta estrictamente el pago de honorarios o los pagos para expresar gratitud. Asimismo, las políticas difieren y llegan a discrepar en lo tocante a quién puede ser gestante. Algunas leyes establecen que sólo las mujeres que ya se han embarazado y dado a luz pueden otorgar su consentimiento informado para gestar, mientras que otras lo prohíben en casos de mujeres con hijas e hijos menores de edad, argumentando que la atención de niñas y niños pequeños no debería verse interrumpida por los embarazos subrogados de su madre, pues podría generarles inseguridad el darse cuenta que su madre “regala” sus bebés.

En el caso del matrimonio Abreu, se trata de maternidad subrogada “completa”. Es decir, la madre gestante no tendrá relación genética alguna con el bebé que dé a luz. Lo contrario sería una maternidad subrogada “parcial”, en la cual la madre gestaría su propio óvulo, una vez fertilizado artificialmente con espermatozoides del señor Abreu o de otro hombre, sin recurrir a la FIV. La diferencia entre esos dos casos puede afectar el reconocimiento legal de quiénes son el padre y la

madre “reales” del recién nacido.

Análisis ético:

Respeto por las personas:

Si bien las leyes de ciertos países europeos restringen la maternidad subrogada, el procedimiento mejora la autonomía de las parejas que no se pueden embarazar, en tanto les brinda la opción de tener una hija o hijo con material genético de ambas partes, o por lo menos del padre o de la madre. Sin embargo, la autonomía de la madre gestante podría verse perjudicada severamente, pues su vulnerabilidad podría ser explotada si llegara a encontrarse bajo presión familiar o de otro tipo para aceptar esa responsabilidad. Asimismo, se encontraría en una situación de vulnerabilidad si, por su condición de pobreza, se sintiera tentada a acceder a ser parte del proceso a cambio de la promesa de recibir un pago, ya sea legal o ilegalmente. Con todo, la compensación de gastos relacionados con el embarazo y la pérdida de ingresos reales generalmente se considera aceptable desde la perspectiva de la ética, y probablemente sea necesaria. Algunas mujeres sienten placer y orgullo al convertirse en madres gestantes y ofrecer a una pareja el don de la vida de su bebé, pero no sería ético que se les exigiera subsidiar financieramente su gesto.

Las mujeres embarazadas suelen aceptar las limitaciones impuestas a su autonomía con el fin de preservar el bienestar del feto, por ejemplo en lo relativo a sus dietas y al consumo de alcohol y/o tabaco. Aceptan también los estudios de detección prenatal que podrían llevar a decisiones difíciles relacionadas con la detección de anomalías fetales y/o riesgos para su salud. En esos casos, pueden generarse conflictos entre la autonomía de la gestante, y de la madre y el padre contratantes.

Hacer el bien y evitar el daño:

Cuando los acuerdos de maternidad subrogada funcionan satisfactoriamente, tanto los padres contratantes como la madre gestante y la sociedad se benefician, aunque resulta difícil determinar en qué grado. Si se estropean las relaciones entre las partes que establecen el acuerdo, se podrían producir resultados dolorosos desde el punto de vista emocional y legal. Sin embargo, incluso en las circunstancias más favorables, el embarazo conlleva riesgos inevitables para la salud e incluso la vida de la madre gestante. Ningún país tiene una mortalidad materna de valor cero. Para la señora Abreu, los riesgos son mínimos: quizás el síndrome de hiperestimulación ovárica y el que conlleva la extracción de los ovocitos para la FIV. Por lo tanto, resulta esencial que las y los potenciales participantes reciban consejería desinteresada sobre los riesgos específicos a los que se exponen. Por otra parte, las potenciales madres gestantes deberían ser relativamente jóvenes, gozar de buena salud física y tener la capacidad psicológica de aceptar las implicaciones de renunciar a las y los bebés que hayan gestado. Se recomienda efectuar la transferencia de un solo embrión a la vez con el fin de evitar el riesgo de un embarazo múltiple, que constituye la complicación más común de la FIV.

Justicia:

Puede existir también el riesgo de injusticia social si las y los profesionales de la salud dedican un tiempo desproporcionado a los arreglos de la maternidad subrogada —ya sea por su grado de complejidad o porque les genera ingresos— en escenarios donde prevalece una carencia general de atención prenatal adecuada para la población local. Un caso de injusticia más particular sería aquél donde se induce a mujeres pobres que no pueden encontrar empleo a recibir pagos por las cargas y los riesgos que conlleva la maternidad subrogada, compensación que en sí podría rayar en explotación si los montos ofrecidos fueran bajos. Un desafío comparable para la justicia lo constituiría el caso de mujeres capaces de tener embarazos sanos que reclutaran y pagaran a gestantes para dar a luz a sus

bebés y evitar así las estrías en la piel, los inconvenientes o incluso los trastornos a su carrera profesional. Finalmente, se deben reformar, con fundamento en la ética, las leyes que complican excesivamente el reconocimiento de la paternidad y maternidad de niñas y niños en los casos en que los acuerdos de maternidad subrogada se celebran de buena fe y a satisfacción de las partes involucradas.

Referencias:

FIGO statement on Surrogacy.

FIGO statement on Ethical Considerations with Oocyte and Ovarian Cryopreservation in Women.

FIGO statement on Fertility Centres and Who They Should Treat. FIGO statement on Safe Motherhood.

Delegación de funciones y mortalidad materna

Caso:

Fátima tiene 15 años de edad. Se casó el año pasado y se embarazó rápidamente. Vive en un poblado que se encuentra a más de cien kilómetros de cualquier centro médico urbano. Dentro de su comunidad se considera al embarazo como un suceso natural y, por ello, no existe la necesidad ni la capacidad de brindar atención médica para esos casos. Las únicas personas que cuidan de las mujeres embarazadas y atienden los partos en esa comunidad rural son las matronas, también llamadas parteras tradicionales. Todas las mujeres que se han embarazado en la familia de Fátima y en su comunidad han dado a luz con la ayuda de matronas. Una de sus tías y una de sus hermanas mayores murieron durante el parto. Recientemente se instaló un centro de urgencias en un pueblo cercano. El proveedor de salud en dicho centro no es médico: es enfermero y funcionario de salud y ejerce su profesión después de recibir 3 años de capacitación especializada.

Fátima lleva 2 días en trabajo de parto, tiene sangrado de la matriz y se queja de dolores intolerables. La matrona observa que el parto no avanza, que el cuello tiene sólo dos dedos de dilatación después de 2 días de contracciones periódicas y dolorosas, y que la cabeza del bebé todavía se encuentra muy arriba en la pelvis.

La matrona sabe que Fátima necesita una cesárea para que no mueran ni ella ni su bebé como consecuencia de una ruptura del útero. Su familia es demasiado pobre para contratar una ambulancia que la traslade a un centro médico urbano y tampoco puede pagar la cirugía. La cesárea es el único procedimiento que puede salvarle la vida a Fátima, y sólo el funcionario de salud local puede intentar realizarla.

Preguntas:

¿Se considera preferible, con base en la ética, permitir al funcionario de salud que le brinde a Fátima y a su bebé la oportunidad de sobrevivir al realizarle una cesárea en ese escenario médico de emergencia?

¿Es mejor permitir que transcurra el proceso natural del parto para que Fátima tenga la oportunidad de dar a luz sin intervención y sin el riesgo de complicaciones quirúrgicas (tal vez fatales) derivadas de una cesárea efectuada por un profesional sin formación quirúrgica?

Evaluación:

Se calcula que cada año mueren 450.000 mujeres —más de una mujer cada minuto y medio— por estar embarazadas. La causa más importante de la muerte materna es la hemorragia posparto o la hemorragia ocasionada por la obstrucción del trabajo de parto y la ruptura uterina. De todas las muertes maternas, el 99% ocurren en países de bajos recursos donde las mujeres dan a luz en sus hogares, lejos de cualquier centro obstétrico de emergencia. La razón principal de una muerte materna es la pobreza. La ausencia de personal obstétrico que atienda los partos domiciliarios impide que se reconozca oportunamente un caso de trabajo de parto obstruido (las parteras tradicionales no son obstetras profesionales con capacitación adecuada). Por la pobreza se explica la incapacidad de contratar una ambulancia para llegar y pagar los servicios en un centro obstétrico de emergencia ubicado en una ciudad, con el equipamiento apropiado. Ni personal quirúrgico ni obstétrico labora en zonas rurales aisladas y se cree que la tasa de cesáreas de emergencia necesarias para salvar la vida de las madres es por lo menos del 3% de todos los partos. Donde no se cuenta con la presencia de médicos, se debe optar entre dejar a las mujeres en manos de la naturaleza y expuestas a riesgo de muerte en extremo elevado o permitir que personal sin formación médica realice la cesárea. De hecho, en varios países de

África, entre ellos Mozambique y Etiopía, se capacita a enfermeros o funcionarios de salud durante 3 años para realizar el procedimiento en caso que resulte necesario. La tasa de complicaciones inmediatas de las cesáreas realizadas en estas circunstancias no supera la registrada cuando la intervención es llevada a cabo por médicos. Sin embargo, todavía no se han evaluado adecuadamente los casos en que se indica la cesárea y las complicaciones de largo plazo, incluidas las fístulas de vesicovaginales postoperatorias.

Análisis ético:

Respeto por las personas:

Fátima tiene pocas chances de ejercer su autonomía como resultado de su situación de vulnerabilidad, ocasionada por su condición de pobreza y por las privaciones del lugar donde vive. Sin embargo, podría decidir si intenta obtener alivio a su dolor recurriendo a la intervención realizada por el funcionario de salud.

“Las sociedades obstétricas profesionales deberían divulgar la tragedia de la mortalidad materna como violación a los derechos de las mujeres...” (Recomendación de FIGO relacionada con la maternidad sin riesgos).

Hacer el bien y evitar el daño:

Si una cesárea efectuada por un profesional sin formación médica resulta ser peor y más dañina que el hecho de no llevarla a cabo, entonces no se consideraría ético delegar funciones a personal no médico. De hecho, donde se ha implementado, el beneficio de la delegación de funciones parece superar todo posible daño inmediato a la mujer embarazada. El riesgo de muerte por una cesárea realizada por personal no médico es mucho menor que el riesgo inevitable de muerte por ruptura uterina y, ante los dos daños, resulta preferible elegir el menor.

Justicia:

La muerte materna es principalmente consecuencia de la pobreza. La carga y la privación generadas por la pobreza se pueden aliviar en parte al establecer que todo servicio obstétrico de emergencia se proporcione de manera gratuita, como lo ha promovido la Organización Mundial de la Salud. Para todas las comunidades rurales, los servicios deberían incluir: transporte disponible y gratuito para traslados a centros de emergencia adecuadamente equipados; carreteras que permitan el paso de vehículos, incluso en la temporada de lluvias; y capacitación de un número suficiente de personal obstétrico, en particular de funcionarias y funcionarios de salud que, al aplicar la delegación de funciones, puedan proporcionar todo tipo de cuidados obstétricos de emergencia, en especial la realización de una cesárea. Como se ha demostrado que el nivel educativo de las niñas y la tasa de fecundidad influyen significativamente en los niveles de mortalidad materna, la noción de justicia distributiva implica también la inversión apropiada por parte de gobiernos y autoridades de salud en la creación de escuelas para niñas y de centros de planificación familiar.

Referencias:

FIGO statement on Safe Motherhood.

FIGO statement on The Role of the Ob/Gyn as Advocate for Women's Health. FIGO statement on Task-Shifting in Obstetric Care.

Interrupción del embarazo en adolescentes

Caso:

Silvia, una adolescente de 18 años de edad, consultó al Dr. Alvarado porque estaba preocupada por no haber menstruado. Su familia, conocida del doctor, es de ideas religiosas y conservadoras. Silvia tuvo un encuentro sexual con un amigo de la familia que se encontraba de visita en la casa de sus padres. Después de examinarla, el Dr. Alvarado le informó que tenía 10 semanas de embarazo. Silvia quedó muda de asombro y le suplicó que hiciera todo lo necesario para interrumpir ese embarazo no deseado. El Dr. Alvarado se enojó mucho y la reprendió, rehusándose a ayudarla a menos que regresara con su papá y su mamá para analizar qué hacer. Silvia creció en una cultura que desprecia a las niñas que tienen relaciones sexuales premaritales y, por lo tanto, nunca recibió información de parte de su familia ni de la escuela local sobre la función reproductiva, y mucho menos sobre la anticoncepción.

El Dr. Alvarado le informó que tendría que interrumpir el embarazo si no deseaba llevarlo a término. Las leyes locales permiten el aborto y, por tener 18 años de edad, tiene derecho a dar su consentimiento para la realización del procedimiento, pero el Dr. Alvarado insistió en que primero hablara con su madre padre y que los tres fueran a su consultorio antes de llevar a cabo el procedimiento. El Dr. Alvarado se encuentra ante un conflicto, porque conoce al padre y madre de Silvia y porque, de ocurrir complicaciones, se enterarían que le practicó un aborto a su hija, pero también le preocupa que no se hayan enterado de las circunstancias que permitieron que un invitado tuviera relaciones sexuales con su hija.

Preguntas:

¿El Dr. Alvarado se comportó éticamente con Silvia?

¿El Dr. Alvarado tiene la obligación ética de revelar la petición de Silvia a su padre y madre?

¿El Dr. Alvarado tiene que solicitar a la madre y al padre de Silvia que otorguen su aprobación para la realización del aborto, aunque las leyes locales permitan interrumpir un embarazo sin requerir consentimiento parental cuando la paciente tiene 18 años cumplidos?

¿El Dr. Alvarado debería practicarle un aborto seguro a Silvia, en vez de dejarla que recurra a un proveedor o proveedora sin capacitación que ponga en riesgo su vida, su fertilidad o su salud?

Evaluación

Las obligaciones éticas primordiales de las y los médicos son para con sus pacientes, y cumplen con esas obligaciones al atender no sólo sus condiciones médicas sino también su estado de salud, que según la Organización Mundial de la Salud incluye su “bienestar físico, mental y social”. Por consiguiente, deben tomar en cuenta las circunstancias familiares y sociales de sus pacientes. El embarazo en adolescentes no casadas las convertirá en blanco de graves prejuicios en muchos escenarios familiares y sociales, negándole, por ejemplo, futuras oportunidades de educación, empleo y matrimonio, e incluso quizás la chance de criar a las hijas e hijos que tengan. En aquellos lugares donde las leyes lo permitan, el procedimiento de interrupción del embarazo realizado en un entorno médico y reglamentado podría resultar lo más conveniente para las adolescentes solteras que otorguen su consentimiento informado de manera libre y apropiada.

Análisis ético:

Respeto por las personas:

Como Silvia solicitó un aborto que se puede llevar a cabo de conformidad con la ley, el Dr. Alvarado tiene la opción de atender su petición o de remitirla a otro médico con la capacidad y disposición para realizar el procedimiento. El Dr. Alvarado debería preguntarle a Silvia si desea informar a su padre y madre que quiere realizar la interrupción y también preguntarle sobre las probabilidades de que descubran el hecho aun cuando no se les informe. Finalmente, debería explorar con ella qué tan viable le resultaría alcanzar sus objetivos de vida si elige llevar el embarazo a término. La realización del aborto no debería condicionarse a que Silvia informe a su padre y a su madre, aunque se les podría notificar solamente que requiere un procedimiento ginecológico. Por su autonomía, Silvia tiene derecho a controlar no sólo cualquier procedimiento de salud que reciba, sino también a qué personas se les puede informar acerca del mismo. Si se divulgara sin su consentimiento, se violaría su confidencialidad.

Hacer el bien y evitar el daño:

El Dr. Alvarado beneficia a Silvia al respetar sus decisiones de practicarse un aborto y mantener la confidencialidad, tomadas con base en información adecuada. Desde el punto de vista médico, el aborto conlleva riesgos menores de complicaciones y muerte que el llevar el embarazo a término, en particular en mujeres jóvenes. La realización del aborto con medios apropiados y acordes a la edad gestacional, en un escenario clínico bien equipado, minimizará los riesgos para la paciente y la salvará de una intervención a manos de personal no calificado, además de los riesgos implícitos del aborto auto-inducido. Entre los daños que pueden ocurrir como resultado de una intervención por personal no calificado se encuentran la hemorragia, la infección, la infertilidad y la muerte.

El Dr. Alvarado no debería expresar juicios de valor ni desaprobación. Por el contrario, debería proporcionarle a Silvia consejería sobre el tipo de anticonceptivos que puede usar después de la interrupción del embarazo, así como orientación sobre cómo resistir insinuaciones sexuales no deseadas, incluso recurriendo al auxilio de su padre y madre. Asimismo, debería vigilar con atención a Silvia para detectar signos de depresión por su embarazo no deseado, conflictos con sus valores religiosos o espirituales, y cómo inciden sobre ella las circunstancias en que se encuentra.

Justicia:

El Dr. Alvarado permite que Silvia ejerza sus derechos al proporcionarle la consejería necesaria e informarle sobre las opciones que se encuentran a su disposición de conformidad con la ley, así como ayudándola a conseguir el resultado que desea. A nivel más amplio, el Dr. Alvarado podría abogar por el acceso de las y los adolescentes a la educación y los insumos de salud sexual y reproductiva. También podría instar a sus pacientes a mantenerse al tanto de la creciente sexualidad y tendencia a la curiosidad sexual en sus hijas e hijos adolescentes, así como de su necesidad de orientación, sin que de manera sobreprotectora les nieguen la oportunidad de crecer y experimentar interacciones sociales apropiadas de manera saludable.

Referencias:

FIGO statement on Adolescent and Youth Reproductive Health Care and Confidentiality.

FIGO statement on Ethical Aspects of the Introduction of Contraceptive Methods for Women.

FIGO statement on Ethical Aspects of Induced Abortion for Non-Medical Reasons.

Apéndice: Guía para facilitadoras y facilitadores

El propósito de esta Introducción de FIGO a los Principios y a la Práctica de la Bioética consiste en crear conciencia sobre conceptos bioéticos clave entre estudiantes de obstetricia y ginecología y profesionales que se interesen en el tema, así como presentar casos de estudio para que comiencen a adquirir experiencia en la aplicación de los mismos.

Se espera que las y los estudiantes de este documento revisen, a la luz de principios éticos clave, los casos de estudio aquí presentados, complementándolos con casos de la vida real que surjan de su propia experiencia. Se recomienda que en cada caso se identifiquen los principios que consideren relevantes, el nivel en el cual se deberían aplicar esos principios y la prioridad que se les debería dar a unos sobre otros en la toma de decisiones éticas.

Los casos de estudio no fueron diseñados para tener respuestas “correctas”. Aprendemos tanto de los errores como de las decisiones “acertadas” que tomamos, y aprendemos tanto de nuestros errores como de los que consideramos que cometen nuestras y nuestros colegas. Por lo tanto, se debe dar la oportunidad al grupo de participantes de tomar decisiones que otras personas, entre ellas el equipo de facilitación, consideren imperfectas o indefendibles desde la perspectiva de la ética. Inicialmente las facilitadoras y facilitadores no deben dirigir o guiar inconscientemente al grupo a tomar decisiones que parezcan aceptables. Algunas de las opciones presentadas en la sección de Preguntas de los casos de estudio parecen “equivocadas”, pero fueron incluidas para que las y los participantes lleguen a sus propias conclusiones. Sólo entonces se les podrá cuestionar en mayor profundidad para exponer los posibles defectos o inquietudes de su razonamiento ético. Al principio se les debe permitir cometer errores para que después se les explique qué aspectos de su razonamiento los generaron.

Se les debe pedir que expliquen y justifiquen las decisiones propuestas en términos de los valores éticos que en su opinión se encuentran involucrados; que expongan por qué consideran que otras percepciones y priorización de valores son menos adecuadas que las suyas; y que respondan a los puntos planteados por las facilitadoras y facilitadores, con el fin de determinar si su razonamiento y conclusiones pueden soportar el peso de un análisis ético.

Las y los participantes no deben sentir la obligación de cambiar sus conclusiones sobre los casos presentados simplemente por pensar que las conclusiones de sus colegas o facilitadoras y facilitadores se fundamentan en principios éticos. Desde el punto de vista de la ética, puede existir más de una resolución aceptable a una cuestión planteada en un caso de estudio y en una situación de la vida real. Por lo tanto, las y los participantes deberían tratar de alcanzar y justificar conclusiones que les parezcan apropiadas de acuerdo con la ética, a la vez de reconocer que también se pueden considerar éticamente defendibles otras resoluciones que prioricen un nivel de enfoque distinto o principios que compitan entre sí.

Las y los facilitadores deben tratar de limitar la consideración de los casos de estudio a los simples patrones de hechos en los que se inscriben. No se recomienda permitir que las y los participantes desarrollen hechos adicionales que lleven a resoluciones de los casos con fundamentos médicos, sociales, científicos y de otra naturaleza que evadan los aspectos éticos bajo consideración. En la vida real, en efecto, pueden existir estrategias que ayuden a superar dilemas éticos, tales como aumentar suministros o recursos o contratar más personal. Sin embargo, al abordar los casos de estudio se deberán atender las cuestiones éticas en los términos allí descritos y no se deberán evitar por la adición técnica de hechos. Sin embargo, dentro del marco de un caso de estudio, se recomienda permitir e invitar al grupo a encontrar más cuestiones y opciones éticas pertinentes para la resolución del mismo.