



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E**  
**INVESTIGACIÓN**  
**DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**UNIDAD ACADÉMICA**  
**HGZ NO. 3 CON MF SALAMANCA, GTO.**

**GRADO DE ACUERDO EN MÉDICOS FAMILIARES EN ARGUMENTOS ÉTICOS  
RELACIONADOS A LA EUTANASIA EN PACIENTES CON CÁNCER TERMINAL . IMSS  
DELEGACION GUANAJUATO.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**ALICIA JACQUELINE MORENO CHAVÉZ**

**SALAMANCA, GTO.**

**2011**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**TITULO:GRADO DE ACUERDO EN MÉDICOS FAMILIARES EN ARGUMENTOS ÉTICOS  
RELACIONADOS A LA EUTANASIA EN PACIENTES CON CÁNCER TERMINAL . IMSS  
DELEGACION GUANAJUATO.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR.**

**PRESENTA:**

**ALICIA JACQUELINE MORENO CHAVEZ**

**AUTORIZACIONES**

**DR. MIGUEL ANGEL RAMIREZ LOPEZ**  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA  
FAMILIAR SEDE SALAMANCA GUANAGUATO

**ASESOR METODOLOGICO**  
**DR. MIGUEL ÁNGEL RAMÍREZ LÓPEZ.**  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA  
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN SALAMANCA, GTO.

**ASESOR TEMA DE TESIS**  
**DRA. MARIA MARTHA REYNOSO GONZALEZ**  
PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA  
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN SALAMANCA , GTO



**SALAMANCA, GTO.**

**2010**

**HOSP. GRAL. DE ZONA M F No. 1**  
**Casa. Estatal de Edic. Med. e Inv**  
**Salamanca, Gto.**

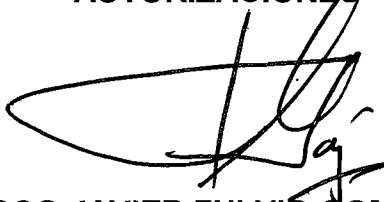
**GRADO DE ACUERDO EN MEDICOS FAMILIARES EN  
ARGUMENTOS ETICOS RELACIONADOS A LA  
EUTANASIA EN PACIENTES CON CANCER TERMINAL,  
IMSS DELEGACION GUANAJUATO**

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

**PRESENTA**

**DRA. ALICIA JACQUELINE MORENO CHÁVEZ**

**AUTORIZACIONES**



**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA**  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



**DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDRÓZA**  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE  
MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE  
MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

<b>INDICE GENERAL</b>	<b>PAG.</b>
Titulo.....	1
Introduccion.....	3
Marco teórico.....	4-13
Planteamiento del problema.....	14
Objetivos .....	15
Justificación .....	16-17
Metodología.....	18
Resultados.....	19-22
Discusión.....	23-25
Conclusión.....	26
Referencias Bibliográficas.....	27-28
Anexos.....	29-36

**INTRODUCCIÓN:**

**Eutanasia** quiere decir «buena muerte», del griego **eu** (bueno) y **thánatos** (muerte), sin embargo se ha desvirtuado con el devenir del tiempo, hoy en la mayoría de las veces se entiende como “**el hecho de causar la muerte de una persona por otra**” con el supuesto de ser algo bueno para ella (*La muerte le es preferible a una vida excesiva en sufrimiento*), por la acción ejercida la eutanasia se clasifica se en : **activa y pasiva**, en ocasiones para el médico una acción no es fácil diferenciarla entre matar y dejar morir, no siempre le es tan clara. El presente estudio describe el grado de acuerdo que tiene algunos médicos familiares del **Instituto Mexicano Seguro Social** con respecto a declaraciones, derechos, argumentos éticos en su aplicación al paciente con cáncer terminal, todos proceden de principios, normas, reglas, códigos, considerados como normativos y válidos para la ética y deontología medica internacional. **(1-10)**

## MARCO TEÓRICO CONTEXTUAL :

Hay mucha ambigüedad sobre la palabra **eutanasia** , razón por la cual se hace uso de nuevos conceptos : **eutanasia pasiva** (dejar morir) , **eutanasia activa** ( inducir a morir) , **ortotanansia** (*buena muerte*) , **distanansia** ( *encarnizamiento terapéutico* ) , **suicidio asistido**, **testimonio vital** , *etc.*, que parecen distintos dando lugar a dudas suficiente para analizar profundamente sus distinciones y que en última instancia permitan conocer como se alcanzó el fin de la vida en determinado caso , por ejemplo: *¿Se permitió la muerte porque ya no hay tratamiento alguno que ofrecer? o ¿Fue por una asistencia médica mediante una inyección letal , procedimiento, etc.?* entonces los debates se centran en que hay distinciones específicas entre no tratar y dejar morir y tratar para morir, hay diferenciación entre causa y efecto . **(10,11)**

La importancia de la eutanasia y ética médica queda plasmada en el juramento de fidelidad profesional adoptado por la **Asamblea General de la Asociación Médica Mundial** establecido por primera vez en Ginebra 1948 , enmendado por la **XXII Asamblea Médica Mundial en Sydney** 1968, así como el **Código de Ética Médica** adoptado por la **III Asamblea General de la Asociación Médica Mundial en Londres (1949)** y enmendado por la **XXII Asamblea Médica Mundial de Sydney (1968)** y la **XXXV Asamblea Médica Mundial de Venecia (1983)**. En todos estos documentos se expresan los deberes de consagración médica, las características que deben primar en el ejercicio de la profesión, así como las conductas censurables por ser antiéticas.

Los derechos del paciente quedan establecidos en la **Declaración de Lisboa** adoptada por la **XXXIV Asamblea Médica Mundial celebrada en Portugal (1981)** y para conceder su máxima importancia se analizaron sus aspectos bioéticos en la **93 Conferencia Interparlamentaria de Madrid (1995)**, se adoptó la bioética como un reto internacional para proteger los derechos humanos.

La **Asociación Médica Mundial (AMM)** en su 46 Asamblea General celebrada en Estocolmo (1994) aprobó mantener las más altas normas de ética médica planteadas en sus declaraciones y exhorta a los médicos a reafirmar sus actividades profesionales respetando escrupulosamente los principios enunciados.

Uno de los objetivos de la Ética es que busca justificación para las reglas propuestas por la moral y el derecho, argumentan que la Ética es diferente a ambos, pues no establece reglas y que es la reflexión sobre la acción humana lo que la caracteriza.

**Goldim**, la ética debe fundamentar el derecho, pero como se tratan de dos conceptos diferentes que aunque tengan mucho en común no se identifican. **La ética se interroga sobre el juicio moral** de una determinada conducta, mientras que las **leyes se ocupan de garantizar el respeto de los derechos** de los componentes de la sociedad en un clima de convivencia pacífica y de justicia.

Desde un punto de vista ético se **responde a nuestra conciencia** y desde el punto de vista legal **ante la autoridad competente**, teniendo el Estado la posibilidad de intervenir según establezca la ley. Pero esta capacidad de intervención no actúa directamente a partir de un juicio moral, sino a partir de una valoración política. Dicho en otras palabras, lo que puede ser aceptado o rechazado desde la ética, no tiene porqué ser regulado, de manera automática, sin evaluar previamente y con seriedad las consecuencias sociales de dicha ley. Puede haber personas que acepten éticamente la Eutanasia en determinadas circunstancias extremas y estén a la vez en contra de su legalización por razones de carácter prudencial, en atención al previsible balance de consecuencias por considerar.

**Herranz Gonzalo**, plantea que la Eutanasia constituye un desafío desde el punto de vista ético y también desde lo legal ya que algunos enfermos desahuciados piden que los dejen morir con dignidad para que se acaben sus sufrimientos. Ahí se presenta todo un dilema para los médicos y familiares, quienes deben adoptar una decisión final. (5)

El autor hace un énfasis sobre **dignidad**, plantea que se debe reconocer algo al ser humano, el derecho a que se le reconozca la posibilidad de disponer de su propia vida en situaciones especiales simplemente por la dignidad que éste puede tener, es respetar la humanidad del otro (su humanidad), es el respeto de la libertad y de la vida propia y esto nos ayuda a definir lo que es una vida digna, se puede argumentar desde este punto de vista, de la dignidad humana, la exigencia de instaurar la Eutanasia (bajo ciertas condiciones) como una lucha por el reconocimiento del derecho a la muerte digna, entendiendo por muerte indigna aquella que prolonga misericordiosamente la vida por medios artificiales, en la que la vida se escapa lentamente y se da un apego puramente al cuerpo físico.



Mirando al ***paciente cerca de la muerte*** se puede ver la dignidad del mismo desde ciertos puntos de vista:

1. El derecho a morir es más una exigencia ética que un derecho en toda la extensión de la palabra, y no se refiere al morir en sí, sino a la forma y razones de y para morir.
2. Los derechos del paciente son reconocidos por la ley y se pueden tomar como criterio moral de la ética del morir. Y el contenido que tiene esta resolución supone una serie de exigencias que han de ser realizadas por parte de la sociedad: atención al moribundo para aliviar el dolor y prolongarle la vida; estar verídicamente informado sobre su enfermedad; conocer y recibir explicaciones sobre costos de su tratamiento; derecho a que su voluntad personal sea respetada, todo a través de un comité de ***Ética Hospitalaria***.

El **morir dignamente sería entonces el morir libre de dolor**, con los analgésicos y tranquilizantes necesarios para el desasosiego y con el suministro de medicamentos que se requieran contra las incomodidades que se puedan presentar siendo respetado y tratado como ser humano, es que se respete la dignidad del moribundo. Existen procesos de fallecimiento en que las medidas de encarnización médica entran en conflicto con la dignidad de la persona, no se debe entonces, anteponer el tratamiento médico a la dignidad de la persona, por lo cual estas medidas ya no conservan un ser humano, sino lo que hemos llamado mejor: una piltrafa humana. Lo que debe preservar el médico es al ser humano integral y no solamente una mera existencia vegetativa **(12-18)**

Existen además otra serie de cuestiones éticas sobre la Eutanasia, como son:

¿ Cuándo se retiran las medidas de soporte vital?

Problemas éticos de los Cuidados Paliativos donde a veces puede quedar amparado el término de suicidio asistido (aunque los profesionales que trabajan en este campo cuentan con recursos para hacer frente a este tipo de situaciones).

Distinción entre el homicidio (hemos visto que sería el caso de la eutanasia activa involuntaria) y el "dejar morir" (o retirada de medidas de soporte vital).

El derecho a morir con dignidad, evitando el encarnizamiento terapéutico (a veces incluso demandado por los familiares de los enfermos o por los profesionales que los atienden).

Tomar en cuenta el proceso de lo que se llama el consentimiento informado, que no es más que tener en cuenta la opinión del paciente con todas las dificultades que esto conlleva.

Responsabilidad y obligación del equipo de profesionales que atienden a estos enfermos. Sería interesante conocer hasta qué punto el paciente cuenta con apoyo de su equipo, hasta qué punto el profesional ha

trabajado una relación de confianza, donde haya espacio para la comunicación con el paciente y donde exista una posibilidad para el alivio de aquellos síntomas que puedan desesperarlo hasta el punto de solicitar que acaben con su vida.

Herranz plantea que el debate moral y jurídico sobre la Eutanasia dista de estar cerrado en la civilización occidental. El suicidio asistido, o el asesinato consentido, de una pareja británica en una clínica Suiza lo reaviva de nuevo. Esta disparidad legislativa promueve un siniestro turismo de la muerte que, a la vez, constituye un lucrativo negocio funeral para algunas clínicas que no dudan en curar las enfermedades mediante el drástico expediente de la muerte consentida de los pacientes.(5)

En la práctica clínica ante un caso de paciente con enfermedad terminal como el cáncer, en el supuesto el médico debido a principios morales, juramento hipocrático ética, etc., atiende al paciente y utiliza todo lo que este a su alcance, tratando de hacer el bien, pero ***¿Que debe hacer al paciente ?*** cuando se rehúsa a ser asistido, tratado, atendido, etc., ***¿Que debe hacer cuando se usan o no medidas extraordinarias etc.?***, ***¿El medico no estará obligado a cumplir sus principios, juramentos, no para mejorar, sino para hacerle sufrir un poco menos en su estado terminal?***, ***¿La idea tan arraigada que tienen los médicos de que no es eutanasia el no aplicar un tratamiento terapéutico porque el paciente lo está rechazando ?*** en un sentido más amplio estas cuestiones no conlleva esto ha estar ejerciendo ***¿Una eutanasia pasiva, activa u otra?***

En la literatura se han encontrado normativas, principios y leyes que en base a la Filosofía, Ética y otras (Moral, Deontología), establecen lo que es lícito e ilícito en casos como: suicidio asistido, eutanasia pasiva, asistencia mínima, manejo del dolor, cuidado paliativo etc., acciones muy relacionadas entre si, ejemplo la ***eutanasia pasiva y el suicidio asistido*** por así decirlo, se basan en la aplicación de tratamientos paliativos del dolor, manejo del dolor y /o otros sistemas de apoyo.

Una respuesta al médico es buscar orientación, asesoría, referencia, normatividad, legislación, códigos etc., existentes en el mundo, en particular a los apartados vigentes en algunos países con respecto al suicidio asistido, el no tratamiento de los pacientes bajo petición expresa, testamento vital, etc., sin embargo no pocas veces esos argumentos son confusos. (19)

Los médicos se enfrentan a diario a muchos dilemas que deben actuar con honestidad y responsabilidad científica de acuerdo al ***Juramento Hipocrático*** que contiene tres principios fundamentales: Primero, no dañar (*primum non nocere*); segundo curar cuanto caso sea posible o al menos poder aliviar el sufrimiento

físico y moral, y tercero actuar con un espíritu de beneficencia y en la bioética actual se ha agregado dos principios mas : el de autonomía y consentimiento informado.

El doctor **Francisco Escobedo Ríos** , ex director del **Instituto Nacional de Neurología**, enfocó un análisis a dos situaciones diferentes "La primera es la de los pacientes agudos que llegan en estado de shock por una patología grave, el reto del médico es poder salvar a muchos de estos enfermos y recurre a todos los recursos a su alcance, es la lucha de todos los días en las unidades de terapia intensiva urgencias. La segunda situación es en un escenario es cuando se atiende a pacientes que presentan un estado de coma, con nulas esperanzas de recuperación, se trata de un cuadro descerebración o estado vegetativo permanente , en que la supervivencia depende de medidas extraordinarias , aporte artificial de ventilación y nutrición. El médico se enfrenta al dilema de continuar o suspender la ayuda. Esto depende de que tenga un alto grado de certeza de que el cuadro es irreversible, de confirmar con otros colegas el diagnóstico de muerte cerebral, que se trata de un cerebro muerto en un cuerpo vivo y sobre todo una cultura de valores y ética.

En estos casos, no sería un problema de conciencia retirar la ayuda artificial y se comparte la responsabilidad absoluta de la familia orientándola en tomar la decisión si cabe suspender la lucha infructuosa por detener el mal y limitarse al empleo de analgésicos, tranquilizantes y somníferos. "Actuar limitadamente así es una forma de respetar la dignidad del paciente y evitar la tortura médica extraordinaria que se le ha llamado el encarnizamiento terapéutico".

**Alfonso Llano Escobar**, sacerdote jesuita de Colombia, aclara que *"cuando se establece un diagnóstico de paciente terminal, la posición más sensata por parte del médico es suspender todo tratamiento curativo y limitarse a suministrar las ayudas paliativas que se juzguen necesarias"*, este criterio ayuda a excluir dos posiciones contrarias a la ética médica: la eutanasia, entendida ésta como la acción u omisión culposa que causa la muerte del paciente, y por otra parte la llamada distanasia o muerte diferida, que consiste en prolongar absurdamente el proceso de morir, el médico que aspira ser un discípulo de Esculapio, no obstante los títulos que ostente, no se le ha otorgado la autoridad para erigirse en Dios o en un personaje omnipotente que decida quién debe nacer o morir.

El debate sobre la eutanasia con relación a la asistencia de pacientes terminales aún permanece en interrogantes, desde 1971 en que el caso de **Ana Karen Quinan**, joven en coma tras la ingesta masiva de barbitúricos, se considera el **"primer paso para formar una opinión favorable a la eutanasia"**, con este

caso se han sucedido distintos debates en torno a la eutanasia, debates que adoptan con frecuencia un carácter bipolar entre dos extremos: eutanasia o ensañamiento terapéutico.

### **Definición de Eutanasia en los códigos**

No hay una aceptada y en oposición a ella se consideran algunos principios de acuerdo a: bioética, **American Medical Association, la Organización Mundial para la Salud, Guía Europea**, incluyendo la Congregación para la Doctrina de la Fe por la autoridad moral de la Iglesia Católica por el notable rigor de su definición. (1-7)

El **Código de Ética y Deontología Médica español** (artículo 28.1) señala: El médico nunca provocará intencionalmente la muerte de un paciente ni por propia decisión ni cuando el enfermo o sus allegados lo soliciten, la eutanasia u "homicidio por compasión" es contraria a la ética médica. (2)

- La **Guía Europea de Ética y de Comportamiento Profesional de los Médicos** (Diciembre de 1982): El médico no puede proceder a la eutanasia. Debe esforzarse en aplacar los sufrimientos de su enfermo, pero no tiene el derecho de provocar deliberadamente la muerte. Para aliviar el dolor puede ser necesario recurrir a medicinas tóxicas que quizá reduzcan el tiempo de supervivencia, pero el médico no puede rebasar esos límites aunque lo pida el interesado y mucho menos sus familiares. (3)

La **Declaración acerca de la Eutanasia de la Congregación para la doctrina de la Fe**, organismo de la Curia Vaticana, de 5 de mayo de 1980 define la eutanasia como: una acción o una omisión que por su naturaleza o en la intención, procura la muerte, con el fin de aliviar todo dolor. (4)

En las definiciones señaladas se encuentran tres elementos para considerar algo como eutanasia: intención de poner fin a la vida del paciente; la aplicación de un medio adecuado (sea un acto positivo o negación de lo que le permitiría sobrevivir) y un motivo específico: evitar el sufrimiento.

La distinción entre eutanasia activa o eutanasia pasiva no tiene fundamento ético, pues no hay diferencia moral entre provocar la muerte por uno u otro procedimiento; además, tal distinción sólo confunde al llamar "eutanasia pasiva" a cosas que no son eutanasia. La **Organización Médico Colegial Española** en su Asamblea de enero de 1993 rechazó formalmente tal distinción por estimarla confusa y carente de base científica. Estos elementos definitorios marcan claramente lo que es y lo que no es verdadera y propiamente un acto eutanásico. Podría decirse que no es lo mismo "dejar morir" que "matar", pero, en cuanto que la verdadera eutanasia busca intencionalmente la muerte, no es un mero "dejar morir", sino "dejar morir a quien podría vivir si se le proporcionaran los medios adecuados"

Para clarificar la cuestión, volvamos a los mismos documentos:

El **Código de Ética y Deontología Médica español** (artículo 28.2) dice: En caso de enfermedad incurable y terminal, el médico debe limitarse a aliviar los dolores físicos y morales del paciente, manteniendo en todo lo posible la calidad de una vida que se agota y evitando emprender o continuar terapéuticas sin esperanza, inútiles u obstinadas. **(2,5)**

**Guía Europea de Ética y de Comportamiento Profesional de los Médicos** afirma: Cuando la condición del enfermo requiere un procedimiento de reanimación, todo debe ser intentado, por un tiempo y en las condiciones científicamente razonables para asegurar la eficacia. El "ensañamiento terapéutico", en estas condiciones, es conforme a la obligación de prestar ayuda. Por el contrario, llegado el momento, estas acciones pueden ser legítimamente abandonadas. **(3)**

Declaración de la Congregación para la doctrina de la Fe toma una postura más atrevida en lo que se refiere a la supresión de los medios terapéuticos que no son útiles. Mientras sostiene que a falta de otros remedios, es lícito recurrir, con el consentimiento del enfermo, a los medios puestos a disposición por la medicina más avanzada, aunque estén todavía en fase de experimentación y no exentos de riesgos, no duda en afirmar que ante la inminencia de una muerte inevitable no obstante los medios utilizados, es lícito en conciencia tomar la decisión de renunciar a tratamientos que sólo proporcionarían una prolongación precaria y penosa de la vida, pero sin interrumpir los cuidados normales debidos al enfermo. Se sanciona así la licitud de no someterse a tratamientos penosos, caros o de dudosa eficacia. Pero va más allá cuando, en alusión al personal sanitario, declara que es lícito interrumpir tales medios cuando los resultados no son conformes con las esperanzas que se han puesto en esos medios. Pero en la toma de esta decisión se debe tener en cuenta el justo deseo del enfermo y de sus familiares. **(4,7)**

Por otro lado la **Declaración médica mundial sobre el suicidio con ayuda médica** establece que la eutanasia es contraria a la ética y debe ser condenado por la profesión médica, cuando el médico ayuda intencional y deliberadamente a la persona a poner fin de su vida, entonces el médico actúa contra la ética. Sin embargo el derecho de rechazar tratamiento médico es un derecho básico del paciente y el médico actúa éticamente, incluso si al respetar ese deseo el paciente muere.**(9)**

Así también en la declaración de **la asociación médica mundial sobre la eutanasia**, es decir el acto deliberado de poner fin a la vida de un paciente, aunque sea por voluntad propia o a petición de sus familiares

es contraria a la ética. Ello no impide el deseo del paciente de dejar que el proceso natural de la muerte siga su curso en la fase terminal de su enfermedad. (9)

El paciente tiene derecho a una atención terminal humana y a recibir toda ayuda disponible para que muera lo más digna y aliviadamente posible, **declaración de Lisboa. (10)**

**En definitiva, ni eutanasia ni la absurda "obstinación terapéutica", sino buen hacer profesional con dedicación y conciencia de que la medicina tiene un límite.** Si nos atenemos a la definición apuntada y a sus elementos constitutivos, vemos que no puede calificarse de eutanasia la sola terapia sintomática en los enfermos incurables; tampoco, abstenerse de maniobras de reanimación en pacientes en estado terminal, ni la interrupción de tratamientos que ya no ofrecen posibilidad curativa; tampoco es eutanasia evitar la "obstinación terapéutica" cuando se tiene certeza de la imposibilidad de curar.

#### **Inutilidad y futilidad terapéutica**

Una distinción que ayuda a clarificar el debate en torno a la Eutanasia es la diferencia entre tratamiento inútil y terapia fútil. Tratamiento inútil es aquel que correctamente aplicado y con indicación precisa no obtiene el resultado esperado. Por ejemplo, ante una sepsis de foco no localizado puede iniciarse un tratamiento con cefalosporinas de tercera generación, metroimidazol y un aminoglucósido, e incluso maniobras agresivas, pero el enfermo fallece en shock séptico. El tratamiento fue correcto y bien indicado, pero ha sido inútil.

Tratamiento fútil es aquel que, ya desde el principio, no puede proporcionar un beneficio al paciente; por ejemplo, ventilación asistida a un paciente con insuficiencia respiratoria por metástasis de un tumor intratable.

#### **Paciente en estado terminal**

Estado terminal define una situación de muerte inminente inevitable, en la que las medidas de soporte vital sólo pueden conseguir un breve aplazamiento del momento de la muerte. Esta situación es completamente diversa de las crisis de especial gravedad que pueden producirse en el curso de una enfermedad grave. A veces, identificar la situación terminal es relativamente fácil en los procesos incurables, pero puede ser prácticamente imposible en enfermedades graves cuyo pronóstico no es necesariamente mortal. Para poder hablar con propiedad de estado terminal ha de tratarse de una enfermedad incurable hoy y ahora con pronóstico infausto a corto plazo. No es paciente terminal aquél que se encuentra en una situación grave con riesgo de muerte a causa de un proceso de naturaleza curable. Ni puede considerarse paciente en estado terminal al que, con una enfermedad incurable y de pronóstico fatal, tiene una esperanza de vida razonable

superior a seis meses. Tampoco, quien está en estado de coma si todavía no hay evidencia de que sea irreversible.

Expresa **Herranz** que de acuerdo con la deontología profesional del médico, la eutanasia y la ayuda médica al suicidio son incompatible con la ética médica, y añade que esto es el parecer universal consolidado por la Asociación Médica Mundial en sus Declaraciones de Madrid (1988) y Marbella (1992).

La asistencia médica al moribundo es uno de los más importantes y nobles deberes profesionales del médico, mientras que la eutanasia es la destrucción deliberada de una vida humana y aunque se realizara a petición de la víctima o por motivos de piedad en el que la ejecuta, no deja de ser un crimen que repugna profundamente a la vocación médica sincera, el médico está obligado a desempeñar su genuina función de ayudar y atender al morir de sus pacientes por medio de un tratamiento competente del dolor y de la angustia. Ha de empeñarse en procurar el mayor bienestar material; ha de favorecer según las circunstancias, la asistencia espiritual y el consuelo humano al moribundo; prestará también su apoyo a los allegados de éste.

El médico también dignifica la muerte y la ayuda cuando se abstiene de tratamientos dolorosos e injustificados y cuando los suspende porque ya no son útiles.

Pero el médico traicionaría su vocación de sanador y de protector de la vida humana si acabara con un enfermo o colaborara a su suicidio voluntario. Nunca puede el médico provocar deliberadamente la muerte: la Medicina no está para eso. Aunque alguna Ley lo permitiera, jamás el médico podrá usar el poder y las prerrogativas que la sociedad le ha concedido para ejecutar una pena capital ordenada por un tribunal de justicia, o para suprimir la vida de un enfermo, aunque se lo solicitase él, o su familia, o un comité de cuidados hospitalarios. **(6-9)**

#### *Medidas concretas ante pacientes terminales*

**Acompañamiento:** el médico no debe dejar de atender al enfermo con toda solicitud aún cuando no pueda curar. Sigue vigente el clásico principio de la ética médica que sintetiza la función asistencial del médico: Curar, Aliviar, Consolar.

**Información:** la muerte es un hecho trascendente que afecta a la persona y a su entorno (familia, amistades, etc.). Se podría decir que cada uno tiene "derecho" a «vivir su propia muerte»; esto sería imposible sin la información adecuada. La tarea de informar debería corresponder a personas de confianza como los familiares, pero en la práctica esa tarea recae muchas veces sobre el personal sanitario. Es preciso saber dosificar la información. El engaño al paciente nunca es positivo, pues a fin de cuentas es él quien se va a

enfrentar con su propia muerte. Por otra parte, de casi siempre el paciente es consciente de su situación grave y verse rodeado de medias verdades o mentiras aumenta su ansiedad y, sobre todo, su soledad.

Atención espiritual y social: no se puede imponer una determinada conducta en este terreno, pero el médico, en el respeto de la libertad del enfermo, debe ofrecer la posibilidad de recibir la asistencia espiritual que desee y la posibilidad de atender a obligaciones morales graves como otorgar testamento, etc. antes de recurrir a medicaciones que puedan privarle de la conciencia.

Tratamientos paliativos: son aquellos que se administran para hacer más soportables los efectos de la enfermedad y especialmente eliminar el dolor y la ansiedad. En el cuadro adjunto, vemos el diagrama de resultados de los 105 primeros casos tratados por la Unidad de Dolor de un Hospital. El número relativamente bajo de casos es significativo por tratarse de los primeros casos de dolor tratados por una Unidad nueva. En 98 casos el control del dolor fue completo; cinco pacientes lo consideraron aceptable y solamente dos enfermos no quedaron satisfechos. Cabe esperar mejores resultados de la mano de una mayor experiencia y también, de medicamentos más eficaces. Además, son relativamente pocos los pacientes que precisas la terapia especializada que proporcionan las actuales Unidades de Dolor que existen en la mayoría de los Centros Hospitalarios. **(8)**

Cuidados mínimos: son aquellos que se deben a toda persona por el hecho de serlo, por lo que nunca pueden abandonarse, ya que responden a la consideración debida a la dignidad de la persona humana:

- Alimentación: oral o por sonda nasogástrica o gastrostomía. La nutrición parenteral total sólo debe administrarse cuando hay una razón curativa o paliativa clara, pero no parece razonable cuando se llega a una situación terminal.
- Hidratación: forma parte de las medidas paliativas, pues elimina la sed, contribuye a la estabilidad hemodinámica y, por tanto, contrarresta el malestar del paciente.
- Cuidados higiénicos: mantenimiento de la piel, medidas antiescaras, higiene de la boca, cambio de ropa de cama, limpieza, etc.

Economía y Eutanasia: este apartado es una mera hipótesis de trabajo, pero en los países desarrollados, el 70% de las muertes se producen en los Hospitales y el 80% del gasto sanitario se invierte en los tres últimos años de vida de las personas. **(6-9)**



## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En tiempos actuales a consecuencia de los adelantos tecnológicos en Medicina, la supervivencia en enfermedad en pacientes terminales corre el riesgo de convertirse en un encarnizamiento terapéutico si se aplican medidas extraordinarias en el supuesto beneficio pero es cuestionable su uso, en este sentido la enfermedad terminal en vez de seguir su proceso natural se trata para a veces tratando de evitar el fracaso en la medicina.

En casos terminales las familias por muchas razones atienden a su paciente en casa, pues se creen que el hospital es el lugar donde se le tiene que atender con todos los cuidados y tratamientos posibles y el personal médico, al final solo palia, acompaña al paciente cosa que muchas de las veces puede hacerse en su casa

Para muchos médicos especialistas (oncólogos, intensivistas, internistas,) enfrentan día a día casos de este tipo en hospitales, pero para el médico de la familia es más bien raro porque el atiende en el consultorio, sin embargo por ser un profesional cuya formación está dirigida a atender al individuo en su familia con crisis, llega a estar de alguna manera inmiscuido en el proceso de la **enfermedad terminal, la muerte y el duelo**, él continúa en contacto con los integrantes que sobreviven y es depositario en muchas de las veces de los sentimientos que tienen los familiares: culpa, de abandono de haber solicitado en su familiar más cuidados o al contrario haber favorecido el encarnizamiento, o bien de no haber aprobado tal estudio, cirugía, etc. y hacen necesario que utilice bien los principios de la ética médica en el problema en particular

Este trabajo indaga ¿Cuál es el saber de los médicos familiares sobre: códigos, argumentos, principios, normas, vigentes en torno al buen morir en pacientes con cáncer terminal (eutanasia en el sentido del buen morir)? y tiene el propósito de fomentar la bioética, respeto a la vida humana, evitar la eutanasia como una "tentación" para reducir de forma rápida y limpiar las cargas sociales que suponen los enfermos incurables.

En su deontología el médico familiar debe reconocer y apegarse a los principios de la bioética aún ante la imposibilidad de curar, su deber es: aceptar la carga de los incurables, los inútiles, los incapaces.

## JUSTIFICACIÓN

### *Crterios epidemiológicos*

#### **Magnitud**

En el mundo mueren 10 millones de personas por alguna enfermedad terminal como cáncer . En 1990 ocurrieron 903,000 defunciones por cáncer en la región de las américas, pero la cantidad aumenta en 30% cada 10 años, de tal manera que aquella cifra se duplicará para el 2020. En el 2005 según la Secretaria de Salud México se informaron que el cáncer ocupó los lugares del 13 al 16 reportándose como tumores malignos de : traquea , bronquios y pulmón, estomago, hígado y próstata respectivamente en el hombre y en mujeres en el lugar 11 tumor maligno del cuello del útero en el 12 tumor maligno de mama . **(20 )**

El IMSS , en el estado de Guanajuato reporto que en el mes Septiembre 2010 se presentaron 24 casos de fallecimientos de cáncer de mama y 19 casos de cáncer cervico uterino **( 21)**

#### **Trascendencia ,**

He observado que en la medicina familiar institucional , son pocas las experiencias que se tienen para el conocimiento del tema de la eutanasia en pacientes con cáncer terminal , casi no se habla de ello , hay comentarios con respecto a que murió alguien de cáncer pero no se profundiza mas en sus implicaciones a la familia los resultados del estudio podrán servir de base para la postura , la indecisión y/o la solidés en los argumentos señalados y diseñar intervenciones para formar y capacitar a médicos familiares e incluso al equipo de salud en estas cuestiones ,que permita abordar el manejo integral continuo de los enfermos y familia .

#### **Vulnerabilidad**

Los problemas que surgen con pacientes con cáncer terminal en las Instituciones , en la atención medica general , familiar , en la familia y/o en lo individual , son vulnerables de atender , siempre y cuando el médico y equipo de salud se comprometa a cumplir los principios éticos señalados en diversos apartados y códigos de ética publicados universalmente aceptados , que facilitan una atención integral con sentido ético humano , permitiendo un juicio sobre el bien y el mal en el acto medico , centrado en el enfermo y familia con una perspectiva amplia , satisfaciendo sus necesidades como persona y entorno que contribuyan a su padecer.

### *Crterios administrativos*

**Factibilidad**

En el IMSS cuenta con especialistas en medicina familiar y realizan atención en esa área , a fin de que permitan ser sujetos de investigación se les pide formalmente su consentimiento , por otro , para este estudio cuenta de los recursos económicos , éticos y humanos y por parte del investigador cuenta con los conocimientos mínimos necesarios para llevarlo a cabo adecuadamente.

**Viabilidad**

El Comité local de investigación en salud del IMSS ha dado el registro y autorización para la realización de este estudio. Así mismo los médicos a este estudio han confirmado su aval por medio de la hoja de consentimiento informado

## METODOLOGÍA

**Diseño :** Por ser una sola medición en tiempo, lugar y sin intervención , este trabajo se considera del tipo observacional descriptivo y transversal

**Población , lugar y tiempo :** Médicos familiares de unidades de medicina familiar seleccionadas Celaya, León, Salamanca año 2010 , estado de Guanajuato que acepten participar en el proyecto .

**Criterios de inclusión** Médicos con categoría de medico familiar, de base adscrito a una unidad de medicina familiar en la delegación Guanajuato que acepten participar voluntariamente en el estudio. Independientemente de su edad , genero y turno

**Criterios de exclusión:** Médicos de otra categoría diferente a medicina familiar , médicos de misma categoría adscritos a urgencias

**Muestra :** no probabilística , por factibilidad , muestreo de grupos naturales .

**Procedimiento:** Previo aceptación de consentimiento informado por los participantes médicos familiares , se les solicitó al final de su jornada laboral contestaran un cuestionario estructurado , que versa sobre argumentos en torno a la eutanasia en paciente terminal , procedentes de principios , normas, códigos, reglas, universalmente aceptados por Asambleas, Sociedades, Comités expertos , OMS, UNESCO y otras Organizaciones , recopilados en la cita bibliográfica , presentándolo en escala Liker y con un apartado para características socio demográficas de los entrevistados.(22)

**Manejo estadístico:** estadísticas descriptivas y comparación mediante Ji cuadrada al comparar genero del médico.

**Cuestiones Éticas:** Recordando que se trata de un estudio descriptivo tipo encuesta sin intervención el personal de salud ( médicos) con riesgo mínimo de de acuerdo a la **declaración de Helsinki**, los principios considerados de esta declaración fueron :La preocupación por el bienestar de los seres humanos (médicos) debe prevalecer sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad, en este proyecto de investigación médica fue sujeto a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. El proyecto como protocolo fue enviado , para consideración, comentario, y consejo, en tiempo oportuno al comité de evaluación ética en investigación del Hospital General de zona No 3 IMSS Salamanca Gto.,se considero que investigador tiene la obligación de proporcionar información del control al comité, en especial sobre todo incidente adverso grave, fue justificada la investigación pues existieron posibilidades razonables de que la población médica (objeto de la investigación) podrá beneficiarse

de sus resultados, por otra lado se remarco que los médicos entrevistados son participantes voluntarios e informados y siempre se respetó el derecho a participar en la investigación, se protegió su integridad, intimidad y la confidencialidad así como su información para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física y mental y su personalidad.

## RESULTADOS

Un total de **57** médicos fueron entrevistados , **32** hombres y **25** mujeres , la edad promedio de los entrevistados fue en la cuarta década las mujeres con mayor edad con **42.1±11.1** años con una significativa **p <0.05** significativa, **43** médicos tenía al menos una especialidad y en dos caso mencionaron doble especialidad, dos con maestría uno con doctorado y **12** médicos generales , fueron casados el **57.9 %**.

Los resultados del estudio muestran en general que los médicos tienden a una gama de respuestas en todos los argumentos , independientemente de su genero, se observa que en ninguno de ellos hubo una respuesta predominante , en relación con el **acierto con la ética** se presentó un porcentaje cercano al **50%** con una declinación conforme contestaban la encuesta siendo en los dos últimos argumentos muy indecisos. La comparación entre **acierto y no acierto** se realizó por lo prescrito en leyes , principios , argumentos, normas etc. y sirvió como marco de referencia.

Con el fin de evaluar en forma mas detallada se presentan tablas y se compara entre géneros, los resultados estadísticos en general o en todos los argumentos no mostró significancia estadística **p >0.05 Tablas 1-8**

### **Por argumentos se observó :**

En el argumento “ **El médico que ayuda intencional y deliberadamente a poner fin de su vida a una persona con cáncer terminal , es un medico que actúa contra la ética ”** , **27** de los médicos encuestados manifestaron un grado de acuerdo , **12** tuvieron un indecisos , no se presento diferencia significativa al compararlo entre géneros **Tabla 1**.

Tabla1 Argumento 1 “ *El médico que ayuda intencional y deliberadamente a poner fin de su vida a una persona con cáncer terminal , es un medico que actúa contra la ética* ” Médicos familiares de la Delegación Gto. Año 2008

	Grupo		Ji cuadrada P
	Hombres	Mujeres	
Totalmente de acuerdo	7	7	2.996 p = 0.559
De acuerdo	7	6	No significativa
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	8	4	
En desacuerdo	6	2	
Totalmente en desacuerdo	4	6	

Fuente entrevista argumentos sobre eutanasia .

En el argumento “*El medico que respeta el derecho de rechazar el tratamiento medico de un paciente con cáncer es un medico que actuá contra la ética*”, 32 médicos encuestados estuvieron en desacuerdo no se presentó diferencia significativa entre géneros  $p>0.05$ . Tabla 2

Tabla 2 Argumento 2 “*El medico que respeta el derecho de rechazar el tratamiento medico de un paciente con cáncer es un medico que actuá contra la ética*” Médicos familiares de la Delegación Gto. Año 2008

	Grupo		Ji cuadrada P
	Hombres	Mujeres	
Totalmente de acuerdo	3	3	1,564 p = 0.815
De acuerdo	9	4	No significativa
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	2	3	
En desacuerdo	7	6	
Totalmente en desacuerdo	11	9	

Fuente entrevista argumentos sobre eutanasia .

Cuando se preguntó sobre “ *El médico que respeta a petición del proceso natural de la muerte siga su curso en la fase terminal del paciente con cáncer , es un medico que actuá contra la ética*”, los médicos contestaron conforme a la **tabla 3**, mayormente estuvieron de acuerdo y no se encontró diferencia con respecto al genero.

Tabla 3 Argumento 3 . “ *El médico que respeta a petición del proceso natural de la muerte siga su curso en la fase terminal del paciente con cáncer , es un medico que actuá contra la ética*” Médicos familiares de la Delegación Gto. Año 2008

	Grupo		Ji cuadrada P
	Hombres	Mujeres	
Totalmente de acuerdo	4	3	7.919 p = 0.095
De acuerdo	10	2	No significativa
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4	8	
En desacuerdo	7	3	
Totalmente en desacuerdo	7	9	

Fuente entrevista argumentos sobre eutanasia .

En relación al argumento ***“El médico que aplica la eutanasia a solicitud del paciente con cáncer terminal es un médico que actuó contra la ética”***, los médicos contestaron un acuerdo o muy de acuerdo de actuación contra la ética . **tabla 4**

**Tabla 4 Argumento 4 . *“El médico que aplica la eutanasia a solicitud del paciente con cáncer terminal es un médico que actuó contra la ética”*** Médicos familiares de la Delegación Gto. Año 2008

	Grupo		Ji cuadrada P
	Hombres	Mujeres	
Totalmente de acuerdo	7	4	6,722 p = 0.151 No significativa
De acuerdo	4	10	
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	9	3	
En desacuerdo	6	3	
Totalmente en desacuerdo	6	5	

*Fuente entrevista argumentos sobre eutanasia .*

***“El médico que alivia el sufrimiento de un paciente con cáncer terminal , interrumpiendo el tratamiento curativo con el consentimiento del paciente es un medico que actúa contra la ética ”***, en este argumento se puede observar un abanico de respuesta sin una respuesta predominante, tampoco hubo diferencia al comparar entre géneros .

**Tabla 5 Argumento 5 .*“El médico que alivia el sufrimiento de un paciente con cáncer terminal , interrumpiendo el tratamiento curativo con el consentimiento del paciente es un médico que actúa contra la ética ”*** Médicos familiares de la Delegación Gto. Año 2008

	Grupo		Ji cuadrada P
	Hombres	Mujeres	
Totalmente de acuerdo	6	3	5,138 p = 0.273 No significativa
De acuerdo	6	9	
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	9	5	
En desacuerdo	7	2	
Totalmente en desacuerdo	4	6	

*Fuente entrevista argumentos sobre eutanasia .*

Uno de los médicos encuestados no contestó al argumento ***“ el médico que aplica tratamientos artificiales en un paciente con cáncer terminal que permitan tener activo los órganos vitales para trasplantes en virtud al consentimiento del paciente, es un médico que actúa contra la ética”*** , sin embargo puede observarse una frecuencia muy parecida entre acuerdos y desacuerdo incluso entre ambos géneros, siendo no significativa . **tabla 6**



**Tabla 6 Argumento 6 .“ El médico que aplica tratamientos artificiales en un paciente con cáncer terminal que permitan tener activo los órganos vitales para trasplantes en virtud al consentimiento del paciente, es un médico que actúa contra la ética” Médicos familiares de la Delegación Gto. Año 2008**

	Grupo		Ji cuadrada P
	Hombres	Mujeres	
Totalmente de acuerdo	3	2	3,178 p = 0.673 No significativa
De acuerdo	11	7	
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	4	
En desacuerdo	5	6	
Totalmente en desacuerdo	10	5	

*Fuente entrevista argumentos sobre eutanasia .*

Cuando se les pregunto “ *el medico que aplica medicina paliativa para aliviar en lo posible los sufrimientos físicos y psicológicos aunque esto pudiera acortar la vida sin que ello implique provocar su muerte es un medico que actuá contra la ética* ”, predominó mas el acuerdo que el desacuerdo, sin diferencia entre géneros,  $p > 0.05$  Tabla 7

**Tabla 7 Argumento 7 .“ El medico que aplica medicina paliativa para aliviar en lo posible los sufrimientos físicos y psicológicos aunque esto pudiera acortar la vida sin que ello implique provocar su muerte es un medico que actuá contra la ética ”, Médicos familiares de la Delegación Gto. Año 2008**

	Grupo		Ji cuadrada P
	Hombres	Mujeres	
Totalmente de acuerdo	5	2	3.068 p = 0.546 No significativa
De acuerdo	11	6	
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	2	4	
En desacuerdo	6	4	
Totalmente en desacuerdo	8	9	

*Fuente entrevista argumentos sobre eutanasia .*

Finalmente en el argumento “ *El medico que aplica un medio extraordinario que no tiene beneficio en el paciente con cáncer, es un médico que actúa contra la ética* ”, en este argumento otro medico no dio su respuesta , y puede observarse mas acuerdo que en desacuerdo. **Tabla 8**

**Tabla 8 Argumento 8 , “ El medico que aplica un medio extraordinario que no tiene beneficio en el paciente con cáncer, es un médico que actúa contra la ética” Médicos familiares de la Delegación Gto. Año 2008**

	Grupo		Ji cuadrada P
	Hombres	Mujeres	
Totalmente de acuerdo	7	13	6,998 p = 0.221 No significativa
De acuerdo	8	6	
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	1	
En desacuerdo	9	3	
Totalmente en desacuerdo	4	2	

*Fuente entrevista argumentos sobre eutanasia .*

## DISCUSIÓN

En torno al paciente terminal se centra buena parte de los problemas éticos a los que se debe enfrentar el médico, como tal está al servicio del hombre y la sociedad. Su misión es respetar la vida humana, atención sin discriminación alguna y jamás perjudicar aún con influencia externa, es decir tomar en cuenta el **imperativo categórico apodíctico** que *Kant* señala como mandato de carácter universal, necesario y que prescribe una acción como buena de forma incondicional, manda algo por la propia bondad de la acción, independientemente de lo que con ella se puede conseguir, sin embargo en este trabajo considero un bajo enfoque del **imperativo categórico hipotético** porque el grado de acuerdo que se les solicitó a los médicos fue explorado con referente a cumplir una serie de principios, argumentos, reglas expresados en los diversos documentos de la ética médica, que se consideran **máximas**, pues son aceptadas universalmente. En este estudio se centra la discusión en si o no los médicos entrevistados acuerdan con lo que se aspira de los argumentos, que obedecen a un **estamento jurídico** de lineamientos universales a seguir, publicados y aceptados a nivel mundial en caso de enfermedades terminales, se espera un acuerdo total.

En el estudio pudo observarse que los médicos codificaron respuestas con una gran variabilidad, conforme a los argumentos, **no hubo alguna diferencia entre genero**, es de observarse que si es considerado como juicio describen la conducta a los que se deben someter su deber ser y se espera que los médicos contestaran sin equivocación en cada uno de los argumentos, ser afines a ellos pero no fue así, se observó que **47.3%** tuvieron estar de acuerdo en “que el médico que ayuda intencional y deliberadamente a poner fin de su vida a una persona con cáncer terminal es un médico que actuó contra la ética”, respuesta un poco mas alta el **57.8%** cuando se les preguntó **“el médico que respeta al derecho del paciente a rechazar el tratamiento médico con cáncer terminal es un médico que actuó contra la ética”** es de observarse que el planteamiento del argumento es en base al respeto de la **autonomía** del paciente principio señalado en la **Bioética**, en un sentido de explicación hay que entender que aun existe confusión para muchos médicos en si dejar hacer es una eutanasia pasiva y que por ese sentido exista en la población de estudio esa confusión, ya lo había mencionado por **Arroyo CL**, en cuanto a la situación de encontrarse con un caso de **“respetar la petición de que proceso natural la muerte siga el curso en la fase terminal del paciente con cáncer”** fue respondido solamente en el **36.8%** con acuerdo a lo esperado, acaso la falta de respuesta de no que siga este proceso natural es consecuente a lo expresado por **Lauro Lana** quien argumenta que el término **eutanasia** fue creado por **Bacon** y sustentó la tesis de que en las enfermedades consideradas incurables,

era absolutamente humano y necesario dar una buena muerte y abolir el sufrimiento de los enfermos, lo que en sentido más amplio , según sus propias palabras en su obra "**Novum Organum**": "el médico debe calmar los sufrimientos y los dolores no solamente cuando éste trae la cura, mas también cuando sirve de medio para una muerte dulce y tranquila" .(23)

Solo **25 (43%)** de los médicos estuvieron de acuerdo a que ***“el medico que aplica la eutanasia a solicitud del paciente con cáncer terminal es un medico que actuá contra la ética”*** , es de recordar que la eutanasia es inaceptable desde todos los puntos de vista (ya que vulnera el imperativo categórico universal de "no matar") pero es especialmente perverso que se pretenda encargarse su práctica a los médicos, ya que el principio fundamental de su código deontológico es no dañar (y, por supuesto, no matar) a los pacientes.

En relación al argumento de que ***“el medico que alivia el sufrimiento de un paciente con cáncer terminal interrumpiendo con el consentimiento del paciente es un medico que actuá contra la ética”*** , se pudo observar que los médicos solo **19** médicos respondieron adecuadamente, para ellos se puede explicar desde el punto de vista jurídico que señala **Yepes Ricardo** tampoco se considera eutanasia el no aplicar al enfermo incurable un medio extraordinario de coste muy elevado o de sofisticada tecnología que puede procurar el alargamiento de la vida del paciente, pero no su curación y también obedecen a uno de los principios fundamentales de la bioética la autonomía.

***“El medico que aplica tratamientos artificiales en un paciente con cáncer terminal que permitan tener activos los órganos vitales para trasplante en virtud al consentimiento es un medico que actuá contra la ética”*** , no lo es así y así es planteado en la **Declaración de Venecia y la Asociación Médica Mundial** en 1983 considerando esto , **26 médicos (45.6%)** contestaron de acuerdo a este argumento, si explicamos esta situación y considerando la dignidad ontológica de las personas humanas se desprende de las circunstancias de nuestra vida, no podemos ni perderla ni ganarla, incrementarla o disminuirla, no está sujeta a las condiciones o la calidad de vida pero si el paciente da su consentimiento de hacer uso de sus órganos en fin de beneficiar a otra persona entonces hay que considerar de una actitud ética cuando esto se pide .

En el argumento que versa sobre la ***“medicina paliativa”*** fueron **24 médicos** conforme al acuerdo , es de mencionarse que en muchos pacientes, familia incluso nosotros nos hacemos a la idea de el morir dignamente con procedimientos propios de la medicina paliativa : morir libre de dolor, con los analgésicos y tranquilizantes necesarios para el desasosiego y con el suministro de medicamentos que se requieran contra las

incomodidades que se puedan presentar siendo respetado y tratado como ser humano, es que se respete la dignidad del moribundo. **(24)**

***“El medico que aplica un medio extraordinario que no tiene beneficio en el paciente con cáncer , es un medico que actuá contra la ética”*** , **34 médicos** se postularon de forma adecuada , porque entonces da pie a la distanancia, actitud terca y visceral es rechazada por el sentido común y también por el código deontológico médico: se considera una mala praxis (ya que alarga la agonía del paciente pero no permite ni salvarle la vida ni mitigar su sufrimiento). La alternativa a la distanancia no es la eutanasia sino, sencillamente, la no-adopción de estas medidas extraordinarias y fútiles. **(25-27)**

Este trabajo tiene limitaciones , su característica de ser observacional transversal no plantea un mayor dilema sin embargo por tratarse de códigos y reglas sus alcances son universales.

**CONCLUSIONES**

La actitud médica debe tender a la **ortotanasia** y proporcionar en todo momento los cuidados paliativos pertinentes (muy especialmente el tratamiento del dolor) aunque éstos últimos puedan comprometer razonablemente la vida y la conciencia del enfermo terminal (eutanasia lenitiva).

Cualquier alternativa no es razonable Hoy por hoy, es posible (y obligado) tratar el dolor y evitar el ensañamiento terapéutico sin recurrir a la Eutanasia, de modo que me atrevo a tildar de mal intencionadamente engañosos los argumentos que se utilizan para volver la opinión pública favorable a la Eutanasia. La alternativa a la **distanasia** es la **adistanasia** (pero NO la eutanasia); y la alternativa a no tratar adecuadamente el sufrimiento del enfermo terminal, son los cuidados paliativos (pero NO la eutanasia).

**BIBLIOGRAFÍA**

1. American heart association and Nacional academy of Sciencies. Nacional research council. Standars and guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiac care, en jama, ccxlvii (1980).
2. El Código de Ética y Deontología Médica español (artículo 28.1)
3. La Guía Europea de Ética y de Comportamiento Profesional de los Médicos (Diciembre de 1982):
4. Congregación para la doctrina de la fe. declaratio de euthanasia, 5.v.1980.
5. Herranz, G. Los Médicos y la Eutanasia. [Http://muertedigna.org/textos/euta29.htm](http://muertedigna.org/textos/euta29.htm) [www.el-mundo.es/accesible/salud/51/1060356339.htm](http://www.el-mundo.es/accesible/salud/51/1060356339.htm)
6. Sobre la Eutanasia. Declaración de la Comisión Central de Deontología de la OMC. Marzo de 1986.
7. Herranz, G. Eutanasia y dignidad del morir. Bioética y dignidad en una sociedad plural. Jornadas Internacionales de Bioética, Pamplona, 21-23 de Octubre de 1999. <http://muertedigna.org/textos/euta241.htm>
8. Juan Pablo II. Dignidad del moribundo. La Eutanasia y el suicidio asistido. Discursodel Santo Padre a los participantes de la V Asamblea general de la Academia pontificia para la Vida. 27/02/99. <http://muertedigna.org/textos/euta420.htm>
9. Juan Pablo II, encíclica evangelim vitae
10. Goldim J R. Breve Histórico da Eutanásia. [www.ufrgs.br/HCPA/gppg/euthist.htm](http://www.ufrgs.br/HCPA/gppg/euthist.htm)
11. El Juramento Hipocrático. [Http://muertedigna.org/textos/euta2.htm](http://muertedigna.org/textos/euta2.htm)
12. Vázquez CG de J. Eutanasia. [www.monografias.com](http://www.monografias.com)
13. Yepes R La dignidad de la persona al morir. <http://muertedigna.org/textos/euta51.h>
14. Ética y Moral / Derechos Humanos. [www.filosofia.org/filomat/df481.htm](http://www.filosofia.org/filomat/df481.htm)
15. Ética, Moral e Direito. [www.ufrgs.br/HCPA/gppg/eticmor.htm](http://www.ufrgs.br/HCPA/gppg/eticmor.htm)
16. Ética / Moral. [www.filosofia.org/filomat/df467.htm](http://www.filosofia.org/filomat/df467.htm)
17. Trota A, R, Porta IS, J Declaración sobre la Eutanasia de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Comité de Ética de la SECPAL. . Medicina Paliativa. Aran Ediciones, SL. Vol 9: No1, 37-40, 2002.(Arvo.net)
18. Hipertrofia de los derechos y anemia de los deberes. El negocio de la muerte. Editorial de ABC, 17/03/2003

19. Arroyo CL. Aspectos jurídicos entorno a la eutanasia. Revista Jurídica de Seguridad Social. No 13 Nov 3003 Pagina 97-109.
20. Estadísticas de morbilidad 2005, México, Disponible en : [www.salud.gob.mx](http://www.salud.gob.mx)
21. Estadísticas del IMSS disponible en :  
<http://www.imss.gob.mx/dpm/dis/Indice.aspx?Srv=M00-1&OPC=opc02>
22. Vidaurri AM, Soriano FJ . Derechos Humanos y Bioética . Primera edición 2007. Procuraduría de los Derechos Humanos del estado de Guanajuato .. Editores Marvel SA. de CV. México 2007.
23. Lauro LR. Eutanásia: Mitose controvérsias medicolegais. Río de Janeiro, Brasil; 1997.
24. Declaración sobre la Eutanasia de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Comité de Ética de la SECPAL. (Altisent Trota, R, Porta I Soles, J). Medicina Paliativa. Aran Ediciones, SL. Vol 9: No1, 37-40, 2002.(Arvo.net)
25. Franciscon CF, Goldim, J. Tipos de Eutanasia. Bioética. [www.ufrgs.br/HCPA/gppg/eutantip.htm](http://www.ufrgs.br/HCPA/gppg/eutantip.htm)
26. President's commission for the study of ethical problems in medicine and biomedical and behavioral research. deciding to forego life-sustaining treatment. u. s. government printing office. Washington, 1983.
27. Capítulos VIII temas bioéticos específicos código de bioética para el personal de salud. secretaria de salud México. sustentado en el código de ética establecido por el gobierno federal Marzo 2002 programa nacional de salud 2001-2006. Pagina 209

**ANEXOS**

FOLIO \_\_\_\_

El siguiente cuestionario pretende indagar sobre algunos argumentos en cuanto a la eutanasia con ayuda médica, es confidencial y voluntario, forma parte de un estudio de investigación titulado: **“Grado de acuerdo en médicos familiares de un HGZ del IMSS en argumentos relacionados a la eutanasia con ayuda médica en el cáncer terminal”** Aceptado por el comité de ética y de investigación del hospital general de zona No.3 del IMSS en Salamanca, en caso de participar le pedimos que sea lo mas honesto posible en sus respuestas.

Edad\_\_\_\_ Genero\_\_\_\_ Profesión \_\_\_\_\_ Especialidad \_\_\_\_\_ Antigüedad\_\_\_\_\_

Marque con una X

Asistencia:            1 privada                            2 institucional                            3 ambas  
 Grado máximo de estudio: 1 especialidad            2 maestría                            3 doctorado  
 Estado Civil:    1 Soltero            2 Casado            3 Divorciado            4 Viudo

En relación los argumentos presentados, coloque en el paréntesis de respuesta el numero que corresponda, para ello tome en cuenta su grado de acuerdo en relación a la eutanasia con ayuda médica. Por favor sea lo más honesto (a) posible, dé una sola respuesta por argumento y no deje de contestar ninguno

***Totalmente de acuerdo (1), de acuerdo (2), ni de acuerdo ni en desacuerdo (3), en desacuerdo (4), totalmente en desacuerdo (5)***

1. El médico que ayuda intencional y deliberadamente a poner fin de su vida a una persona con cáncer terminal, es un médico que actúa contra la ética. R ( )
2. El medico que respeta el derecho de rechazar tratamiento médico de un paciente con cáncer, es un medico que actúa contra la ética. R ( )
3. El médico que respeta a petición del proceso natural de la muerte siga su curso en la fase terminal del paciente con cáncer, es un medico que actúa contra la ética. R ( )
4. El medico que aplica la eutanasia a solicitud de la voluntad del paciente con cáncer terminal, es un medico que actúa contra la ética. R ( )
5. El medico que alivia el sufrimiento de un paciente con cáncer terminal interrumpiendo el tratamiento curativo con el consentimiento del paciente, es un médico que actúa contra la ética. R ( )
6. El médico que aplica tratamientos artificiales en un paciente con cáncer terminal que permitan tener activo los órganos vitales para trasplantes en virtud al consentimiento del paciente, es un medico que actúa contra la ética. R ( )
7. El médico que aplica medicina paliativa para aliviar en lo posible los sufrimientos físicos y psicológicos aunque esto pudiera acortar la vida sin que ello implique provocar su muerte, es un médico que actúa contra la ética. R ( )
8. El medico que aplica un medio extraordinario que no tiene beneficio en el paciente con cáncer, es un médico que actúa contra la ética. R ( )

Muchas gracias por su cooperación favor de depositar su cuestionario en la Urna



ANEXO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Dr. (a) \_\_\_\_\_ declaro libre y voluntariamente que acepto participar en el estudio : ***Grado de acuerdo en médicos familiares en argumentos relacionados a la eutanasia con ayuda médica en el cáncer terminal*** , el cual se encuentra a cargo del ***Dra Moreno Chávez Alicia Jacqueline***

Estoy consciente que el estudio tiene solamente fines científicos. Es de mi conocimiento que seré libre de retirarme de la presente investigación en el momento que yo así lo desee.

\_\_\_\_\_  
RESPONSABLE DEL ESTUDIO

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA PACIENTE

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA TESTIGO

**ANEXO****Declaración de Helsinki Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial**

Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos Adoptada por la 18a Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, Junio 1964, y enmendada por la 29a Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, Octubre 1975, 35a Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, Octubre 1983, 41a Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, Septiembre 1989, 48a Asamblea General, Somerset West, Sudáfrica, Octubre 1996 y la 52a Asamblea General, Edimburgo, Escocia, Octubre 2000. Nota de clarificación sobre el párrafo 29 añadida por la Asamblea General, Washington 2002

**A. Introducción**

1. La Asociación Médica Mundial ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos. La investigación médica en seres humanos incluye la investigación del material humano o de información identificables.
2. El deber del médico es promover y velar por la salud de las personas. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.
3. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula “velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente”, y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: “El médico debe actuar solamente en el interés del paciente al proporcionar atención médica que pueda tener el efecto de debilitar la condición mental y física del paciente”. La investigación biomédica en seres humanos debe ser realizada solamente por personas científicamente calificadas, bajo la supervisión de una persona médica con competencia clínica. La responsabilidad por el ser humano siempre debe recaer sobre una persona con calificaciones médicas, nunca sobre el individuo sujeto a investigación, aunque éste haya otorgado su consentimiento.
4. El progreso de la medicina se basa en la investigación, la cual, en último término, tiene que recurrir muchas veces a la experimentación en seres humanos.
5. En investigación médica en seres humanos, la preocupación por el bienestar de los seres humanos debe tener siempre primacía sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad.
6. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos, y también comprender la etiología y patogenia de las enfermedades.

Incluso, los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos disponibles deben ponerse a prueba continuamente a través de la investigación para que sean eficaces, efectivos, accesibles y de calidad.

7. En la práctica de la medicina y de la investigación médica del presente, la mayoría de los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos implican algunos riesgos y costos.

8. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Algunas poblaciones sometidas a la investigación son vulnerables y necesitan protección especial. Se deben reconocer las necesidades particulares de los que tienen desventajas económicas y médicas. También se debe prestar atención especial a los que no pueden otorgar o rechazar el consentimiento por sí mismos, a los que pueden otorgar el consentimiento bajo presión, a los que se beneficiarán personalmente con la investigación y a los que tienen la investigación combinada con la atención médica.

9. Los investigadores deben conocer los requisitos éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que los requisitos internacionales vigentes.

No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico disminuya o elimine cualquiera medida de protección para los seres humanos establecida en esta Declaración.

#### B. Principios básicos para toda investigación médica

10. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.

11. La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados, y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno.

12. Al investigar, hay que prestar atención adecuada a los factores que puedan perjudicar el medio ambiente. Se debe cuidar también del bienestar de los animales utilizados en los experimentos.

13. El proyecto y el método de todo procedimiento experimental en seres humanos debe formularse claramente en un protocolo experimental. Este debe enviarse, para consideración, comentario, consejo, y cuando sea oportuno, aprobación, a un comité de evaluación ética especialmente designado, que debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida. Se sobreentiende que ese comité independiente debe actuar en conformidad con las leyes y reglamentos vigentes

en el país donde se realiza la investigación experimental. El comité tiene el derecho de controlar los ensayos en curso. El investigador tiene la obligación de proporcionar información del control al comité, en especial sobre todo incidente adverso grave.

El investigador también debe presentar al comité, para que la revise, la información sobre financiamiento, patrocinadores, afiliaciones institucionales, otros posibles conflictos de interés e incentivos para las personas del estudio.

14. El protocolo de la investigación debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso, y debe indicar que se han observado los principios enunciados en esta Declaración.

15. La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un médico clínicamente competente. La responsabilidad de los seres humanos debe recaer siempre en una persona con capacitación médica, y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.

16. Todo proyecto de investigación médica en seres humanos debe ser precedido de una cuidadosa comparación de los riesgos calculados con los beneficios previsibles para el individuo o para otros. Esto no impide la participación de voluntarios sanos en la investigación médica. El diseño de todos los estudios debe estar disponible para el público.

17. Los médicos deben abstenerse de participar en proyectos de investigación en seres humanos a menos de que estén seguros de que los riesgos inherentes han sido adecuadamente evaluados y de que es posible hacerles frente de manera satisfactoria. Deben suspender el experimento en marcha si observan que los riesgos que implican son más importantes que los beneficios esperados o si existen pruebas concluyentes de resultados positivos o beneficiosos.

18. La investigación médica en seres humanos sólo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo inherente y los costos para el individuo. Esto es especialmente importante cuando los seres humanos son voluntarios sanos.

19. La investigación médica sólo se justifica si existen posibilidades razonables de que la población, sobre la que la investigación se realiza, podrá beneficiarse de sus resultados.

20. Para tomar parte en un proyecto de investigación, los individuos deben ser participantes voluntarios e informados.

21. Siempre debe respetarse el derecho de los participantes en la investigación a proteger su integridad.

Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de los individuos, la confidencialidad de la información del paciente y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física y mental y su personalidad.

22. En toda investigación en seres humanos, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento. La persona debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico debe obtener entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede obtener por escrito, el proceso para obtenerlo debe ser documentado formalmente ante testigos.

23. Al obtener el consentimiento informado para el proyecto de investigación, el médico debe poner especial cuidado cuando el individuo está vinculado con él por una relación de dependencia o si consiente bajo presión. En un caso así, el consentimiento informado debe ser obtenido por un médico bien informado que no participe en la investigación y que nada tenga que ver con aquella relación.

24. Cuando la persona sea legalmente incapaz, o inhábil física o mentalmente de otorgar consentimiento, o menor de edad, el investigador debe obtener el consentimiento informado del representante legal y de acuerdo con la ley vigente. Estos grupos no deben ser incluidos en la investigación a menos que ésta sea necesaria para promover la salud de la población representada y esta investigación no pueda realizarse en personas legalmente capaces.

25. Si una persona considerada incompetente por la ley, como es el caso de un menor de edad, es capaz de dar su asentimiento a participar o no en la investigación, el investigador debe obtenerlo, además del consentimiento del representante nlegal.

26. La investigación en individuos de los que no se puede obtener consentimiento, incluso por representante o con anterioridad, se debe realizar sólo si la condición física/mental que impide obtener el consentimiento informado es una característica necesaria de la población investigada. Las razones específicas por las que se utilizan participantes en la investigación que no pueden otorgar su consentimiento informado deben ser estipuladas en el protocolo experimental que se presenta para consideración y aprobación del comité de evaluación. El protocolo debe establecer que el consentimiento para mantenerse en la investigación

debe obtenerse a la brevedad posible del individuo o de un representante legal.

27. Tanto los autores como los editores tienen obligaciones éticas. Al publicar los resultados de su investigación, el médico está obligado a mantener la exactitud de los datos y resultados. Se deben publicar tanto los resultados negativos como los positivos o de lo contrario deben estar a la disposición del público. En la publicación se debe citar la fuente de financiamiento, afiliaciones institucionales y cualquier posible conflicto de intereses.

Los informes sobre investigaciones que no se ciñan a los principios descritos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación.

#### 206 APÉNDICE F. DECLARACIÓN DE HELSINKI

##### C. Principios aplicables cuando la investigación médica se combina con la atención médica

28. El médico puede combinar la investigación médica con la atención médica, sólo en la medida en que tal investigación acredite un justificado valor potencial preventivo, diagnóstico o terapéutico.

Cuando la investigación médica se combina con la atención médica, las normas adicionales se aplican para proteger a los pacientes que participan en la investigación.

29. Los posibles beneficios, riesgos, costos y eficacia de todo procedimiento nuevo deben ser evaluados mediante su comparación con los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos disponibles. Ello no excluye que pueda usarse un placebo, o ningún tratamiento, en estudios para los que no se dispone de procedimientos preventivos, diagnósticos o terapéuticos probados. A fin de aclarar más la posición de la AMM sobre el uso de ensayos controlados con placebo, la AMM publicó en octubre de 2001 una nota de clarificación del párrafo 29, que figura al final de esta página.

30. Al final de la investigación, todos los pacientes que participan en el estudio deben tener la certeza de que contarán con los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos disponibles, identificados por el estudio.

31. El médico debe informar cabalmente al paciente los aspectos de la atención que tienen relación con la investigación. La negativa del paciente a participar en una investigación nunca debe perturbar la relación médico-paciente.

32. Cuando los métodos preventivos, diagnósticos o terapéuticos disponibles han resultado ineficaces en la atención de un enfermo, el médico, con el consentimiento informado del paciente, puede permitirse usar

procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos nuevos o no probados, si, a su juicio, ello da alguna esperanza de salvar la vida, restituir la salud o aliviar el sufrimiento. Siempre que sea posible, tales medidas deben ser investigadas a fin de evaluar su seguridad y eficacia. En todos los casos, esa información nueva debe ser registrada y, cuando sea oportuno, publicada. Se deben seguir todas las otras normas pertinentes de esta Declaración.

Nota de clarificación del párrafo 29 de la Declaración de Helsinki

La AMM reafirma que se debe tener muchísimo cuidado al utilizar ensayos con placebo y, en general, esta metodología sólo se debe emplear si no se cuenta con una terapia probada y existente.

Sin embargo, los ensayos con placebo son aceptables éticamente en ciertos casos, incluso si se dispone de una terapia probada y si se cumplen las siguientes condiciones:

- Cuando por razones metodológicas, científicas y apremiantes, su uso es necesario para determinar la eficacia y la seguridad de un método preventivo, diagnóstico o terapéutico o
- Cuando se prueba un método preventivo, diagnóstico o terapéutico para una enfermedad de menos importancia que no implique un riesgo adicional, efectos adversos graves o daño irreversible para los pacientes que reciben el placebo.

Se deben seguir todas las otras disposiciones de la Declaración de Helsinki, en especial la necesidad de una revisión científica y ética apropiada