

R-11277

T 914

FACULTAD DE FARMACIA

**ASPECTOS BIOÉTICOS RELACIONADOS
CON LA ACTIVIDAD FARMACÉUTICA.**

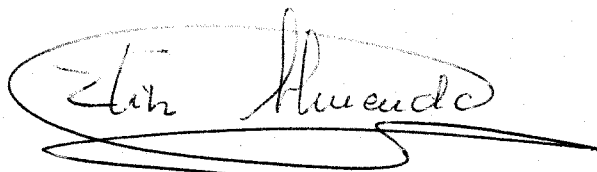
Ma ASUNCIÓN GÓMEZ CARO

UNIVERSIDAD DE SEVILLA

1995

Dra. Elisa Marhuenda Requena, Catedrática de la Universidad de Sevilla y Directora del Departamento de Farmacia y Tecnología Farmacéutica.

CERTIFICA: que la Tesis de Licenciatura "Aspectos bioéticos relacionados con la actividad farmacéutica", presentada por Dña. M^a Asunción Gómez Caro, ha sido realizada en el citado Departamento bajo la dirección del Dr. Joaquín Herrera Carranza, reuniendo los requisitos necesarios.

A handwritten signature in black ink, enclosed in a large, loopy oval shape. The signature appears to read "Elisa Marhuenda".

Fdo. Dra. E. Marhuenda Requena.
Directora del Dpto. de Farmacia y
Tecnología Farmacéutica.

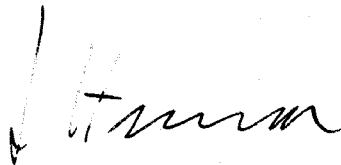
ASPECTOS BIOÉTICOS RELACIONADOS CON LA
ACTIVIDAD FARMACÉUTICA.

Tesis presentada para optar al Grado de
Licenciada en Farmacia por Dña. M^a Asunción Gómez Caro,
dirigida por Dr. Joaquín Herrera Carranza. Realizada en el
Departamento de Farmacia y Tecnología Farmacéutica de la
Facultad de Farmacia de la Universidad de Sevilla durante el
curso académico 94/95.



Fdo. M^a Asunción Gómez Caro.

Director:



Fdo. Dr. Joaquín Herrera Carranza.

AGRADECIMIENTOS:

A D. Joaquín Herrerra Carranza, por su orientación, dirección y apoyo prestado en los momentos difíciles, que han contribuido en gran medida a la presentación de este trabajo.

A Inmaculada Rita Pérez Fernández de Liger, por su inestimable y desinteresada ayuda, sin la cual no hubiese sido posible la realización de este trabajo.

A mi familia, especialmente a mi madre, por el apoyo y cariño que me han brindado en todo momento.

A Inmaculada García Hidalgo, por su ayuda en el Inglés.

A los profesores y compañeros de la Cátedra de Farmacia Galénica, por la ayuda prestada y la amabilidad con que me han tratado, especialmente a Josefa Alvarez, M^a José León y M^a Eugenia de Medina.

A Luis M^a Ruiz Soto, por ayudarme cuando más agobiada estaba y dedicar parte de su tiempo de estudio a la impresión de este trabajo.

A Félix

INDICE.

OBJETIVOS.....	4
----------------	---

CAPITULO 1.

INTRODUCCIÓN.

1.1. RELACIÓN FARMACIA-ÉTICA.....	7
1.2. BIOÉTICA.....	13
1.2.1. Metodología en Bioética.....	16
1.2.2. Orientaciones en Bioética.....	26
1.2.4. Areas de estudio de la bioética.....	32
1.2.3.1. Origen de la vida.....	32
1.2.3.2. Ingeniería genética.....	35
1.2.3.3. Fin de la vida.....	38
1.2.3.4. Trasplante de órganos.....	45

CAPITULO 2.

DEONTOLOGÍA FARMACÉUTICA.

2.1. COMITÉS DE ÉTICA: NECESIDAD, ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO.....	55
2.1.1. Comités de investigación clínica.....	57
2.2. CÓDIGOS DEONTOLÓGICOS FARMACÉUTICOS.....	61

CAPITULO 3.

EUTANASIA.

3.1. ASPECTOS GENERALES: CONCEPTO, ANTECEDENTES Y TÉRMINOS RELACIONADOS CON LA EUTANASIA.....	70
3.2. POSTURAS ÉTICAS ANTE LA EUTANASIA.....	75
3.3. IMPICACIÓN DEL FARMACÉUTICO EN LA EUTANASIA..	80

CAPITULO 4.

PSICOFARMACOLOGÍA.

- 4.1. LOS PSICOFÁRMACOS Y EL CONTROL DE LA CONDUCTA HUMANA.....86

CAPITULO 5.

EL DOLOR.

- 5.1. CONSIDERACIONES GENERALES DEL DOLOR.....94
5.2. ASPECTOS ÉTICOS DEL USO DE DERIVADOS MORFÍNICOS.....99
5.3. ASPECTOS ÉTICOS DE LA ANALGESIA PROFUNDA....101

CAPITULO 6.

MEDICACIÓN EN GRUPOS DE RIESGO.

- 6.1. CONSIDERACIONES GENERALES DE LOS GRUPOS DE RIESGO.....104
6.2. IMPLICACIONES ÉTICAS DE LA UTILIZACIÓN DE FÁRMACOS EN GRUPOS DE RIESGO.....110

CAPITULO 7.

ANTICONCEPTIVOS ORALES Y ABORTIVOS.

- 7.1. CONSIDERACIONES GENERALES.....114
7.2. PROBLEMÁTICA ÉTICA DE LA DISPENSACIÓN DE SUSTANCIAS ABORTIVAS.....120

CAPITULO 8.

OBJECCIÓN DE CONCIENCIA.

- 8.1. EL DERECHO A LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA.....129
8.2. OBJECCIÓN DE CONCIENCIA EN FARMACIA.....132

CAPITULO 9

FARMACOECONOMÍA Y ÉTICA

9.1. CONCEPTOS CLAVES EN FARMACOECONOMÍA.....139

9.1.1. Tipos de evaluaciones farmacoeconómica.142

9.1.2. Pasos de una evaluación
farmacoeconómica.....143

9.2. INFLUENCIA DE LOS ASPECTOS ÉTICOS EN LAS
DECISIONES FARMACOECONÓMICAS.....145

CAPITULO 10.

¿HACIA QUÉ FUTURO?.

10.1.PROYECCIÓN DE FUTURO EN FARMACIA.....149

CONCLUSIONES.....152

BIBLIOGRAFÍA.....155

OBJETIVOS .

En los últimos años la tecnología biomédica ha progresado a gran velocidad.

Los progresos biomédicos modifican los valores éticos tradicionales creando nuevos interrogantes y abriendo nuevas preguntas. Los valores morales ligados a una determinada concepción de la existencia y la vida humana son cuestionados.

Las nuevas tecnologías biomédicas inciden a menudo sobre conceptos y valores que se hallan en la base misma de la autocomprensión del hombre y de la organización de la vida humana: nacimiento, familia, integridad corporal, identidad personal, matrimonio y procreación, autonomía personal y responsabilidad, posibilidad de autocontrol y perfeccionamiento, respeto por la vida, dignidad en el morir, etc. Tocan en definitiva la misma naturaleza humana en toda su dimensión.

En estos nuevos desafíos que plantean las ciencias biomédicas, es una realidad incuestionable la implicación ética del medicamento. Así en la ingeniería genética, trasplantes de órganos, manipulación del conocimiento, aborto, eutanasia, cuidados intensivos más allá de las perspectivas razonables de curación, etc., intervienen de una manera u otra los medicamentos. De ahí el importante papel que juega el farmacéutico como primer especialista del medicamento.

El farmacéutico en el ejercicio de su profesión puede encontrarse en situaciones comprometidas, de forma que aunque su misión sanitaria no es resolver problemas diagnóstico o de tratamiento, en la práctica, en ocasiones debe tomar decisiones libres y responsablemente tanto en lo referente a la investigación, ensayo, fabricación, control o distribución hasta la dispensación de medicamentos, así como otras facetas de la actividad farmacéutica.

En este sentido, para atender las necesidades actuales de información y formación en cuestiones de bioética en las ciencias de la salud, en la Facultad de Farmacia de la Universidad de Sevilla se imparten desde el curso académico 92/93 un curso de doctorado (Tercer ciclo) sobre "Aspectos bioéticos en las ciencias de la salud y del medicamento", bajo la dirección del profesor D. Joaquín Herrera Carranza.

Por todo lo anterior, en este trabajo se pretende básicamente abordar de forma objetiva los nuevos problemas éticos que el desarrollo de las ciencias y de las técnicas plantean al farmacéutico de hoy en día en el ejercicio de su profesión, analizando las ventajas e inconvenientes de situaciones concretas y las posibles repercusiones que cada decisión puede tener en la sociedad y sus sistemas de valores, teniendo siempre como guía el respeto a la dignidad y a los derechos fundamentales de la persona humana.

Ciertamente la investigación científica nos está aportando grandes beneficios que aumentan nuestro nivel de vida, sin embargo, no todas sus aplicaciones son beneficiosas para el hombre, por ello, el hilo conductor de nuestro trabajo ha estado siempre en torno a la pregunta que se cierne sobre

los avances técnicos de si todo lo que resulta técnicamente factible es moralmente tolerable.

CAPITULO 1.

INTRODUCCIÓN

1.1. RELACIÓN FARMACIA-ÉTICA.

Desde la más remota antigüedad la actividad sanitaria ha estado íntimamente relacionada con la ética. A lo largo de su historia, siempre ha existido, una tendencia a etiquetar de "bueno" y "malo" lo que se hace en su práctica habitual. Antes de analizar la relación farmacia-ética, vamos a definir lo que es la ética.

Según el diccionario de la Lengua Española, ética es "aquella parte de la filosofía que trata de la moral y de las obligaciones del hombre". El objeto de la ética, es la moralidad, y por moralidad se entiende el carácter de bondad o malicia de las acciones humanas. Otra definición de ética, la encontramos en el diccionario de María Moliner donde la define, como, "aquella parte de la filosofía que trata del bien y del mal de los actos humanos". En este mismo diccionario existe otra acepción del término ética: "Conjunto de principios y reglas morales que regulan el comportamiento y las relaciones humanas".

En un principio la profesión farmacéutica estaba unida a la médica y dado que el médico-farmacéutico tenía poderes extraordinarios para conservar o impedir la vida por medio del

tratamiento de las enfermedades, sus acciones eran juzgadas como dispensadoras en última instancia de los dos extremos que atenazan las obsesiones de la existencia humana: vida y muerte, por eso de siempre el quehacer sanitario ha inspirado posiciones críticas en el orden de los valores, es decir, de lo que está bien o no está bien hacer [Nuño, 1994].

Esta preocupación por la moral de la actividad sanitaria se ha ido plasmando a lo largo de la historia, en reglas o códigos deontológicos, donde se recogían principios o criterios ético a seguir en el ejercicio de la profesión.

Se entiende por Código Deontológico, una guía de normas precisas para el profesional, con el fin de facilitar y orientar el buen cumplimiento de las normas éticas o morales que impone la profesión. Así el Juramento Hipocrático (s.V a.de C.) es un verdadero código de ética profesional. La regla de oro con respeto al enfermo era la de "favorecer o al menos no perjudicar".

El médico-farmacéutico hipocrático poseía un sentimiento sincero de humanidad dispuesto a comprender y a remediar las necesidades de su paciente. El juramento establecía la obligatoriedad de guardar secreto profesional y respetar la vida humana prohibiendo la eutanasia y el aborto.

Sus preceptos idealísticos sirvieron de base para los códigos posteriores y en el medievo árabe, es de destacar la responsabilidad de los médicos manifestada por un continuo esfuerzo en la curación de los enfermos, la conveniencia del secreto profesional y la repulsa a la eutanasia y al uso de técnicas abortivas.

También en el Canon de Avicena se exalta la responsabilidad moral como fundamento de la dignidad del hombre, considerándolas esencial en la ciencia médica greco-oriental.

A partir de las ordenanzas del emperador Federico II, dictadas para el reino de las dos Sicilias (s.XIII), tiene lugar la separación oficial de la Medicina y la Farmacia. Dicho documento recibió el nombre de Carta Magna de la Farmacia y en él se reconocía por primera vez, que el ejercicio de la Farmacia requería conocimientos, habilidades y responsabilidad para poder garantizar una buena calidad de los medicamentos y se dejaba claro el papel que tenía la farmacia para la salud pública. Se admitía al farmacéutico como primer especialista del medicamento, con una clara misión de servicio a la salud, especialmente en lo que se refiere a la eficacia, seguridad y calidad de los fármacos; él es el último eslabón de la cadena de los cuidados de la salud, por su situación en relación al acceso del paciente al medicamento y al consejo sobre su utilización [Melgar,1993].

Teniendo esto último en cuenta y las condiciones sociológicas e ideológicas que imperan en el mundo de hoy, se hace necesario un tratamiento ético de las cuestiones del quehacer farmacéutico.

En líneas generales el farmacéutico tiene que ser considerado bajo dos grandes vertientes: Ciencia-Técnica y Hombre, es decir:

- Científico experto y técnico del medicamento, y
- Hombre, por tanto ser racional y libre, con convicciones personales que implican un comportamiento ético que debe

aplicar a su actuación profesional a la hora de resolver problemas más o menos complejos.

Esto implica que debe además de conocer los principios activos, indicaciones terapéutica, efectos adversos, interacciones entre fármacos, etc., ser consciente de la responsabilidad de sus actos y omisiones, así como responder de la rectitud y seriedad de su trabajo.

Cuando se afirma que una persona actúa en conciencia equivale a decir que actúa éticamente. Pero aunque todos los actos que realiza el hombre pueden llamarse actos humanos, se suele reservar este término para referirse a las acciones humanas que proceden de una voluntad deliberada, es decir, de aquellas en las que existen conocimiento racional, voluntariedad y por tanto libertad.

Cada hombre cuando actúa, juzga si está obrando bien o mal por mediación de su conciencia; ella es la que juzga si un determinado acto es bueno o malo en función de lo que suele llamarse los primeros principios de orden moral, es decir, la conciencia forma un recto juicio sobre la aplicación de la norma de moralidad a la acción concreta.

Por lo tanto, hemos de decidir en el "sagrario inviolable de la propia conciencia" y tal cosa refleja la dignidad de la persona humana; pero es erróneo apelar a la conciencia para eludir el deber de ajustarnos a normas morales objetivas que quizás ignoramos y debemos aprender: "yo obro según mi conciencia", aseveraciones estas últimas muy frecuentes entre los farmacéuticos españoles, quizás por la falta de unos criterios éticos profesionales que sirvan como patrón en unos

casos o como formadores en otros de una equilibrada, justa o conveniente conciencia profesional.

Se hace necesario pues, tener por guía la conciencia, pero no hay que olvidar que la conciencia no es la fuente del bien y del mal; su misión no es crear la ley sino formar un recto juicio sobre la aplicación de la norma de orden moral a la acción concreta.

La experiencia enseña que el hombre adquiere estos principios de orden moral por si mismo, a través de su inteligencia, ya que tales principios se encuentran formando parte de la propia naturaleza del hombre.

El principio fundamental de la vida moral que todo hombre conoce se expresa así: "Hay que hacer el bien y evitar el mal". Pero ¿qué es el bien y el mal? ¿de qué criterios nos valemos para distinguir los buenos de los malos comportamientos? ¿son acaso conceptos arbitrarios que cada hombre elige por su cuenta según su propia conciencia?.

Ocurre, que así como el hombre siente que debe hacer el bien y evitar el mal, su misma naturaleza le señala donde está el bien y donde está el mal, de forma que los criterios para discernir una acción buena de una mala no se toma de su utilidad, del placer que produce, de la voluntad de la mayoría, o de otros criterios que puedan inventarse, sino que se determina por las tendencias de la naturaleza.

Pero hablar de actos humanos, de conciencia, de moralidad, etc, supone contar con la existencia de la libertad del hombre .

La libertad es la capacidad del hombre para determinarse en un sentido o en otro. Todos tenemos conciencia de ser dueño de nosotros mismos; pero la libertad está vinculada al conocimiento que cada hombre adquiere de las cosas, de forma que se puede ser más o menos libre en función del conocimiento que se posea. Por ello, quien carece de razón no obra con libertad y en ese sentido son irresponsables los niños, los locos, los dementes, etc. También la ignorancia de quien desconoce el bien que debe hacer o la Ley Moral, se opone a la libertad moral, aunque existen ignorancias culpables (la de quien no quiere saber para no sentirse responsable).

Además de con el conocimiento, la libertad está estrechamente relacionada con la responsabilidad; toda decisión libre debe ser responsable. La responsabilidad es dar cuenta del porque hacemos las cosas, pero no es un límite externo de la libertad. Desde el punto de vista ético no se puede exigir responsabilidad donde no existe libertad, ni tampoco cabe una libertad que excluya la responsabilidad.

En este sentido, el farmacéutico en el ejercicio de su profesión, adquiere una serie de responsabilidades que pueden ser de tipo individual o social, o bien de tipo moral o legal y estas últimas de tipo Civil, Penal, etc..., en su toma de decisiones, con sus acciones, sus omisiones, sus negligencias, etc.

No hay que olvidar que la libertad del farmacéutico debe partir del reconocimiento del ámbito de la libertad de los demás (colegas o compañeros, otros profesionales y los usuarios del medicamento), de su dignidad inherente y de la propia.

También hay que tener en cuenta que el hombre es un ser social lo cual implica una variada red de relaciones interpersonales que ponen de manifiesto el hecho de que cada persona necesita de la ayuda de otras para su perfeccionamiento y para el desarrollo de su trabajo. Esto supone que cada persona es moralmente responsable no solo de sus propios actos en si mismos considerados, sino también en cuanto esos actos influyen en la actividad buena o mala de los demás.

Cualquier farmacéutico puede plantearse si debe o no participar y en que condiciones, en determinadas situaciones consideradas como ilícitas desde el punto de vista moral o ético para él, y que se presenta en el ejercicio de su profesión, como por ejemplo la dispensación de fármacos abortivos o que puedan llevar a la eutanasia.

Por todo ello, a la hora de tomar una decisión, de realizar una acción, de su afabilidad o apatía,..., el farmacéutico deberá acomodarse a las personas y a su situación, valorando las circunstancias que determinen e influyan en cada supuesto [Monge,1991].

1.2. BIOÉTICA.

Pero los progresos biomédicos dan un giro de 180º a los problemas éticos tradicionales, los valores morales ligados a una determinada concepción de existencia y vida humana son cuestionados.

"Recientes avances de la tecnología biomédica sugieren que estamos adquiriendo rápidamente el poder de modificar y controlar las capacidades y actividades de los hombres por una directa intervención y manipulación de sus cuerpos y mentes. La tecnología biomédica hace posible que se cambien incluso la mismísima capacidad de libre elección"[Kass Leon, 1971].

La actitud ante las perspectiva que abren estos progresos biomédicos es una mezcla de entusiasmo y temor. Lentamente se va despertando la conciencia del peligro ante la tentación de sucumbir al automatismo tecnológico, es decir, a pensar que todo aquello que puede hacerse técnicamente se hará forzosamente si resulta factible desde el punto de vista económico [Abel,1985].

Las nuevas tecnologías, aplicadas casi siempre con una intención de conseguir un mejoramiento de la humanidad, hacen que nos enfrentemos a una serie de cuestiones fundamentales como qué es lo específicamente humano y que aspectos son inviolables?, ¿qué criterios de calidad tenemos que usar para considerar la vida minimamente aceptable?, ¿Todo lo que es técnicamente posible es también lícito desde el punto de vista ético?, en definitiva, ¿son aplicables al hombre todas las posibilidades que dimanen de las investigaciones en el campo de la Biología, la Genética y la Medicina y de sus correspondientes tecnologías?.

Ante esta nueva situación llamada por algunos autores de "revolución biológica", surge una nueva disciplina, la BIOÉTICA, que en líneas generales, puede decirse que trata de las implicaciones éticas que las nuevas tecnologías biomédicas presentan en la vida del hombre.

El primero en utilizar el término bioética fue Van Rensalaer Potter, investigador del cáncer que reclama la paternidad de esta nueva disciplina llamada "Bioética", escribiendo un libro con el título: "Bioethics: bridge to the future", en 1971.

Potter pensó que los biólogos serían los grandes protagonistas de esta nueva disciplina:

"Necesitamos biólogos que nos digan lo que podemos y debemos hacer para sobrevivir y lo que no podemos ni debemos hacer si esperamos mantener y mejorar la calidad de vida en las próximas tres décadas. El destino del mundo depende de la integración, preservación y extensión del conocimiento que poseen un reducido número de hombres que solo ahora comienzan a darse cuenta de cuán desproporcionado es su poder y cuán enorme es la tarea a realizar".

En 1976, David Roy, define la nueva disciplina como:

- "Preocupación sistémica e interdisciplinaria del conjunto de condiciones necesarias para realizar un servicio responsable a la vida humana".

- "Aceptación de la responsabilidad de proteger la vida humana en un mundo caracterizado cada vez más por el desarrollo acelerado y complejo de las ciencias biomédicas".

En definitiva, la bioética es el estudio interdisciplinario de los problemas creados con el avance de la biotecnología y su repercusión en la sociedad y sus sistemas de valores.

Es de destacar como características más importantes de la Bioética los siguientes elementos:

- Su carácter interdisciplinario.

-El diálogo como metodología.

-Compartir valores, filosofías, y responsabilidades que han de guiar la evolución de la humanidad.

Para el diálogo bioético es imprescindible una actitud interna de humildad, reconocimiento de que nadie puede arrogarse el derecho de monopolizar la verdad y que todos hemos de hacer un esfuerzo de receptividad, exponiéndonos al riesgo de cambiar, procurando diferencias y respetándolas [Abel,1994].

1.2.1. Metodología en Bioética.

Tradicionalmente, la ética sanitaria, ha sido una ética de código único, es decir, durante muchos siglos se ha pensado que los valores morales eran unos valores objetivos, conocibles por todos y exigibles por igual a todas las personas, de forma que el que no cumplía con estos valores era, una de dos, o bien un enfermo o un ignorante. Este es un fenómeno muy interesante en relación a la ética médica clásica, porque la relación sanitaria-paciente, se ha establecido clásicamente en la idea de que la enfermedad no solo produce una debilidad desde el punto de vista biológico, sino también desde el punto de vista moral. Y entonces, ¿cual es la función ética del sanitario? ¿imponer o llevar en contra de su voluntad al enfermo, de acuerdo con los preceptos y los principios del código?.

Sin embargo, este código único que ha funcionado en ética hasta hace pocos años, nunca ha funcionado del todo, ya que a pesar de que el tema del pluralismo era un tema poco

importante en las sociedades tradicionales, puesto que los europeos eran cristianos, los árabes musulmanes y los chinos budistas y cada uno estaba en su país correspondiente sin existir mucho contacto entre ellos, y en todos estos sitios se aceptaba de una manera o con contenidos distintos la teoría del código único.

Pues, a pesar de esto, la verdad es que siempre hubo problemas: la Inquisición, por ejemplo, tuvo que ejercer por las dificultades de funcionar con la teoría del código único. Es decir, por que había gente que no acababa de verlo claro. Es interesante ver como la Inquisición empieza a convertirse en una institución problemática cuando surge el protestantismo, que en última instancia es el comienzo de la carga de profundidad a la teoría de código único. Porque, si se supone que toda persona tiene una conciencia y que tiene que ser ella el bastión inexpugnable y último de decisión moral, puede suceder que diferentes conciencias lleguen a soluciones distintas de los mismos problemas.

El principio de la libertad de conciencia es una conquista del mundo moderno; el mundo de los derechos humanos básicos, y está reconocido como uno más de los derechos civiles y políticos. Es una conquista que marca lo que podemos llamar el comienzo de la época de los códigos múltiples.

Sin embargo, la vía del código múltiple también puede llevar a tremendas paradojas, entre ellas las de creer que en última instancia la ética es una cuestión absolutamente individual y que por tanto, que cada uno tiene que arreglarselas como pueda en cuestiones morales. En estas circunstancias la ética no se podría fundamentar.

Entre la teoría del código único y la teoría del código múltiple, tiene que haber algún tipo de mediación. Es necesario poner a punto procedimientos que permitan resolver los casos concretos, respetando lo que de múltiple tienen, que indudablemente lo tiene la decisión moral, la vida moral; pero también teniendo en cuenta que probablemente en la vida moral no todo es subjetivo y que tiene que haber algo objetivo. Pero ¿cuales son estos procedimientos?

El problema de que no se podía dejar todo el arbitrio de las conciencias pero que había que respetarlas, o en otras palabras, el problema del código único-código múltiple fue planteado en los años 70 en Estado Unidos en las discusiones de la llamada National Commission. De ahí salieron algunas iniciativas en orden a resolverlos, algunas metodologías y algunos procedimientos de manejo de conflictos éticos en el mundo sanitario.

En el estudio minucioso realizado por Diego Gracia en 1993, se ofrecen distintas metodologías. Un primer grupo de metodología, llamado por algunos autores de la costa Este de los Estados Unidos, y que de algún modo están paradigmáticamente representadas por la metodología que se elaboró en el Kennedy Institute de Washington, en la Universidad de Georgetown y, sobre todo, en el libro que publicaron a finales de los años 70, Tom Beauchamp y James Childress, "Principles of Biomedical Ethics".

Beauchamp, es un utilitarista de regla y, por lo tanto, considera que los actos no se pueden valorar como buenos o malos más que por sus consecuencias; es decir, son las consecuencias, por lo tanto *a posteriori*, las que hacen una

acción valorable, pero esto no significa que la valoración de una acción se haga *a posteriori*, sino que solo desde aquellas consecuencias que se pueden predecir como probables o seguras se puede valorar éticamente un acto.

Habida cuenta de que los actos se repiten, pueden establecerse reglas de comportamiento justificadas de acuerdo con las consecuencias. Esto es un utilitarismo de regla distinto al utilitarismo de acto, que considera que cada acto es en sí distinto.

James Childress, mantiene una fundamentación de la ética de las que se llaman deontologías; considera posible que la razón establezca *a priori*, unos principios éticos. Por tanto, es una fundamentación *a priori* en que se pueden establecer unos principios asumibles por todos, porque son racionales y la razón los impone como objetivos.

Beauchamp y Childress, se propusieron establecer un procedimiento asumible por cualquiera en una sociedad pluralista ó un medio democrático, donde se respeta el derecho a la libertad de conciencia, para ello, echaron mano a la teoría del profesor de ética inglés de principios de siglo, Sir David Ross, que distingue dos niveles en el razonamiento moral.

Hay un primer nivel o primeros niveles a los que Sir David Ross denomina deberes *prima facie*, por ejemplo, el deber primario de gratitud cuando alguien nos ha beneficiado; es un deber moral que se nos impone a todos.

Hay otro nivel que él llama el nivel de los *actual duties*, de los deberes reales y efectivos, distinto del de los *prima facie duties* ó de los deberes primarios. Sir David Ross define un *actual duty*, como aquel deber que nos obliga en un cierto momento cuando entran en conflicto varios deberes *prima facie*. Cuando no entran en conflicto, los deberes *prima facie* son moralmente obligatorios, nos dice Ross, pero cuando entran en conflicto, entonces hay que jerarquizar los principios, ver cual tiene prioridad y decidir el que se convierte en *actual duty*, en un deber real. El otro ya no es real, puesto que, de algún modo, queda puesto entre paréntesis por el primero que tiene más fuerza en aquel momento.

Teniendo toda esta teoría en cuenta, Beauchamp y Childress, establecen cuatro principios *prima facie*, asumibles por todos en el mundo sanitario, que son: el principio de no maleficencia; el principio de beneficencia; el principio de autonomía; y el principio de justicia.

Beauchamp considera que estos cuatro principios son principios *prima facie* porque sus consecuencias son buenas y las consecuencias contrarias serían malas, en tanto que Childress considera que estos principios son realmente objetivos.

En Bioética habría pues, unos principios *prima facie*, que son los que se han hecho tan famosos y conoce todo el mundo: no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia, luego estaría el problema de los deberes reales y efectivos en cada situación concreta. El problema es ver cuando entran en conflicto los deberes *prima facie* y cómo hay que ordenarlos jerárquicamente en caso de que entren en conflicto.

Esta es la función que suelen tener los Comités de ética, analizar prudentemente las situaciones en que entran en conflicto los deberes *prima facie* e intentar establecer un orden entre ellos.

A partir de esta metodología propuesta por Beauchamp y Childress, se han puesto en funcionamiento otras varias, entre ellas, la denominada por algunos autores, de la costa Oeste de los Estados Unidos y popularizada por Albert Jonsen, Singler y Winslade en el libro "Clinical Ethics", y que de algún modo es una modificación más o menos profunda de la metodología anterior.

Los conflictos siempre producen angustia y no hace falta que sean conflictos éticos. Unas de las pocas maneras con que se puede superar la angustia que produce verse en un conflicto para el que no estamos bien preparados, es seguir un procedimiento para resolverlo.

Por tanto, es muy útil para aquellas personas que vayan a estar en un Comité de ética, disponer de procedimientos que les permitan actuar de forma metódica y objetiva, superando así su propia angustia.

El método propuesto por Jonsen, Singler y Winslade en el libro, dice que hay que partir siempre de la historia clínica; si la historia clínica no está bien hecha, las decisiones éticas pueden estar erradas, por eso es muy importante en la asistencia hospitalaria, que la historia clínica esté bien hecha.

Luego viene lo que se llama el comentario moral. Los Comités de ética, por principio, solo aconsejan, de forma que el responsable del paciente es en última instancia quien tiene la obligación de tomar la decisión. Por tanto, el Comité emite comentarios o consejos morales, para ello debe basarse en varios criterios:

- Primero: los criterios médicos. Los criterios médicos de que hablan Jonsen, Singler y Winslade tienen que ver un poco con lo que en el esquema anterior de la costa Este se llamaba no maleficencia. Es decir, hay datos objetivos que hacen que haya actuaciones indicadas y haya actuaciones contraindicadas. Que es maleficiente y que no lo es se basaría en conceptos que en principios hay que poder objetivar en criterios médicos.

- Segundo: las preferencias del paciente. Tendría que ver con lo que en el otro modelo llamábamos autonomía. Los pacientes tienen sus criterios, sus creencias, sus valores, sus proyectos de vida, de felicidad y de perfección; y naturalmente, eso hay que tenerlo en cuenta. Las preferencias del paciente hay que analizarlas.

- Tercero: la calidad de vida, que correspondería un poco a lo que en el esquema anterior se llamaba beneficencia. El problema de calidad de vida es muy complejo, ya que calidad de vida es calidad subjetiva, por lo que hay entenderla en relación a la autonomía y, por tanto, al proyecto de vida del paciente.

- Cuarto: los factores socioeconómicos, que corresponderían al principio de justicia del modelo anterior.

A partir de estos criterios Jonsen, Winslade y Singler establecen una ordenación a priori de los mismos, concretamente establecen la siguiente jerarquía: preferencias del paciente, indicaciones médicas, calidad de vida y factores socioeconómico.

Sin embargo, las circunstancias pueden obligar a cambiar este esquema de ordenación; cuando hay una enfermedad de declaración obligatoria, que duda cabe que la justicia, no como factor socioeconómico pero si como bienestar de la mayoría ó bien común, se pone en primer lugar pasando por encima de la autonomía.

Otro método de priorización de valores, fue puesto a punto por David Thomasma en la Universidad de Memphis, en 1978.

Thomasma, coincide con los otros modelos en la importancia de una historia clínica bien hecha.

Segundo identifica los factores humanos significativos, es decir, situación de la vivienda, divorciado ó no divorciado, con trabajo ó sin trabajo,..., nivel económico, cultural, religión,..., son los llamados problemas humanos.

En el tercer punto identifica los valores, y esta es la característica de este modelo con respecto a los otros dos. Se refiere a los valores del sanitario, los valores del enfermo y los valores de terceras personas involucradas en el caso.

En el punto cuarto identifica y especifica todos los conflictos entre valores, que es lo típico de un comité de ética.

Y en el quinto indica que hay que establecer prioridades entre los valores que están en conflicto, dando razones de las decisiones tomadas, pero no dice y este es uno de los fallos de este modelo, como hay que establecer la jerarquización de los valores.

Otro modelo es el propuesto por el catedrático Diego Gracia Guillén, 1993, el cual indica que para analizar un caso ético en general, deben seguirse cuatro pasos:

Un primer paso es lo que Diego Gracia llama el sistema de referencia; "...hay como una estrella polar de la racionalidad humana que es compartida por todos los seres racionales y exigible por tanto a todos los que viven en sociedad." O bien expresándolo en forma de premisa ontológica: "el hombre es persona y en cuanto tal tiene dignidad y no precio." (Kant).

Gracia Guillén especifica esta premisa ontológica en la siguiente premisa ética: "en tanto que seres humanos, todos los hombres son iguales y merecen igual consideración y respeto."

Este es el llamado principio de universalización por el cual cuando una acción si no es universalizable es sospechosa, y a partir de él pueden establecerse criterios éticos útiles.

Desde hace 20 años, los criterios en bioética han sido no maleficencia, justicia, autonomía y beneficencia.

Este autor dice que es posible establecer una jerarquía entre ellos, así, si la autonomía de las personas fuera absoluta y un principio básico, indudablemente no habría Derecho Penal, ni probablemente ningún derecho, lo hay porque existen cosas que tenemos que hacer a pesar de que creamos o queramos hacer otras cosas.

El hecho de que todos tengamos que ser tratados con igual consideración y respeto da lugar a lo que llamamos justicia. Y el principio de justicia consiste en decir que a nadie se le puede discriminar socialmente; la discriminación es injusta ya que sería tratar a los hombres sin igual consideración y respeto en el orden de la vida social.

En el campo de la salud, la discriminación con respecto al orden de la vida biológica implica además, el incumplimiento de otra premisa como es el principio de no maleficencia, que es también un principio que junto con el de justicia está por encima del de autonomía de las personas.

Estos dos son principios absolutos, justicia y no maleficencia, y por lo tanto confirman un nivel muy importante. Este es el nivel de ética de mínimos. Si una sociedad no es justa y no maleficiente, los mínimos no los cubre.

Pero naturalmente hay unos máximos. Y el máximo si que tiene que ver con la autonomía de las personas. Es el concepto de felicidad que está en todas las éticas o el concepto de perfección.

Cada persona posee un proyecto de vida autónomo distinto y todos son respetables, pero respetables a un segundo nivel y desde este proyecto de vida autónomo se puede definir un conjunto de cosas que son beneficiantes o no beneficiantes en relación a cada persona.

Además de estos niveles *a priori* o *a tergo*, en los que las obligaciones vienen de algún modo impuestas por la realidad, por la vida y por la sociedad, hay que tener en cuenta un tercer nivel, el de las consecuencias de los actos, de forma que todo acto moral no se analiza bien sino se analiza desde el punto de vista de los principios y de las consecuencias.

Así, de acuerdo con los niveles superiores, hay que decir la verdad a las personas, porque si se les miente se les está utilizando como medios y no como fines, sin embargo, los sanitarios tenemos conciencia que a veces decir la verdad a los pacientes puede ser terrible, por ello, solo desde el punto de vista de los principios y desde el punto de vista de las consecuencias se puede decidir sobre un acto.

1.2.2. Orientaciones en Bioética.

La difusión de la bioética en estos dos últimos decenios ha contribuido a suscitar la conciencia de la necesidad de poner "límites" a la investigación y aplicación tecnocientífica, y si bien, la afirmación de esta necesidad es ya hoy en día unánime (superando los que proclaman la absoluta libertad de la ciencia y de la tecnología), no se puede encontrar unanimidad con respecto a la elección del fundamento

moral que constituya el punto de referencia último entre lo ilícito y lo lícito ya que en el contexto filosófico moral tan pluralista que existe actualmente, los valores y principios propuestos en bioética están muy diversificados.

Para algunos autores existen dos orientaciones radicalmente divergentes :la orientación "laica" y la orientación "personalista".

La orientación "laica" trata de justificar los principios y los valores morales sobre la base racional empírica de los hechos o con la coherencia lógica de la argumentación.

Dentro de esta corriente existen distintas concepciones como el sociobiologismo, el no-cognitivismo, el utilitarismo y el contratualismo entre otras.Todas ellas se van a caracterizar por la afirmación de la existencia de una sola dimensión "física" y la negación de cualquier tentativa que trascienda la materialidad contingente de lo real.

El sociobiologismo, considera los valores o principios morales de una sociedad en una época determinada, como el resultado de la selección natural por la adaptación al ambiente, por lo tanto, un comportamiento es éticamente aceptable cuando favorece la evolución de la especie: de esto se sigue una tendencia a sacrificar el respeto hacia el individuo en favor del grupo en su conjunto.

El no-cognitivismo, niega la existencia de la verdad en la ética, según estas perspectivas, la elección moral última no puede ser ni verdadera ni errónea en cuanto no es empíricamente verificable.

Para el no-cognitvismo la fundamentación moral es un acto de voluntad individual y arbitraria. El juicio moral es un juicio en último término subjetivo: se puede argumentar sobre la coherencia lógica pero el fundamento de la elección moral puede ser considerado como irracional.

El neo-utilitarismo fundamenta la propuesta ética sobre el criterio de la utilidad social, o sea, de la maximización del placer y la minimización de lo desagradable para el mayor número posible de individuos.

El neo-contratualismo intenta superar el individualismo a través de la búsqueda de un criterio ético que, aunque no universal, pueda al menos basarse sobre la condivisión intersugestiva, de forma que el contenido moral es el resultado de una decisión conjunta entre los miembros de la comunidad.

Para todas estas concepciones de fundamentación "laica", el valor de la vida (del que emana el principio de respeto a la vida) es reconocido si se favorece la evolución de la especie (para el sociobiologismo), o bien si se manifiesta, al menos empíricamente la capacidad sensitiva de sentir placer y dolor (para el utilitarismo), o la capacidad racional volitiva de tomar una decisión (para el no-cognitvismo) o de estipular un contrato para acceder a la comunidad moral (para el contratualismo).

Frente a estas perspectivas emerge la fundamentación "personalista", que mantiene la naturaleza humana como instancia absoluta de apelación moral.

Dentro de esta orientación existen también distintas concepciones como el personalismo dialógico, comunitario, existencialista, hermenéutico o el ontológico. Todas ellas comparten la centralidad del tema de la persona, pero a excepción del personalismo ontológico son tres los elementos constitutivos de la persona: la sustancialidad, la individualidad y la racionalidad.

La sustancialidad indica la subsistencia, o sea el acto de ser que tiene en sí mismo la causa del propio ser y la presencia de un sustrato ontológico que trasciende la nueva agregación extrínseca de las partes y que permanece durante el contingente devenir de los actos.

La individualidad se refiere a una característica esencial del hombre en cuanto tal, independientemente de su capacidad de ejercitar determinados comportamientos o funciones específicas como la perceptividad, la racionalidad o la volición, en contraposición a las concepciones "laicas" para las cuales, la existencia del ser humano no es suficiente para reconocer el existir de las persona, de esta forma el utilitarismo mantiene que la vida personal coincide con la vida sensitiva (lo útil deriva del cálculo costo/beneficio de la acción y postula en el agente la capacidad perceptiva como condición de posibilidad para expresar los intereses); el no-cognitvismo y el contratualismo identifica la vida personal con la vida racional (o sea, con la presencia de las funciones racionales como la autoconciencia, la inteligencia y la memoria) y la vida volitiva (o sea, con la presencia de las funciones de la autodeterminación y de la autonomía); el sociobiologismo subraya en la vida individual la funcionalidad para la vida de la especie.

En resumen, el personalismo en base al concepto ontológico de persona, atribuye el estatuto de persona al ser humano, por el reconocimiento de la existencia de un sustento unitario y permanente que trasciende las múltiples manifestaciones exteriores y los múltiples comportamientos. Por el contrario, el funcionalismo "laico" reconoce el estatuto de persona en base a determinados comportamientos (sensitivos, racionales, o volitivos), lo cual supone una marginación para los seres humanos en "estado de límite" (prenatal, neonatal y terminal) y en los así llamados "estados marginales" (la vida gravemente malformada).

La concepción ontológica personalista permite en el plano práctico-operativo, defender el respeto y la tutela de la vida humana en todas sus manifestación. Sobre la base del concepto ontológico de persona se justifican los principios fundamentales de la bioética personalista:

- El valor fundamental de la vida.
- El principio de totalidad o principio terapéutico.
- El principio de libertad y de responsabilidad.
- El principio de socialidad y subsidiariedad.

El valor fundamental de vida física (fundamental en cuanto fundante de todos los demás valores y principios) prescribe indisponibilidad y la sacralidad de la vida. Tal concepción ontológica de la corporeidad: el cuerpo es fin y sujeto, en cuanto lugar donde se manifiesta la persona y no puede reducirse a un nuevo instrumento u objeto.

A partir de este principio se valora como ilícita toda forma de supresión de la vida humana (el aborto, la eutanasia, el suicidio, etc.).

El principio terapéutico prescribe la obligatoriedad de que el acto médico (o todo acto que intervenga sobre la vida humana) considere al paciente en su totalidad. Este principio justifica la intervención sobre la vida humana solo si se interviene sobre una enfermedad actual (o sobre la causa activa de la enfermedad), con una fundada esperanza de un efecto positivo y con el consentimiento del interesado. El principio terapéutico se aplica no solo a los casos generales de intervención quirúrgica, sino también a los específicos de la terapia genética, trasplante de órganos, experimentación en embriones humanos, etc.

El principio de la libertad y la responsabilidad deriva inmediatamente del valor fundamental de la vida: no se puede ser libre sino se está vivo. Ser libre significa conocer y poder elegir responsablemente hacia si mismo y hacia los demás.

Y por último, el principio de socialidad consiste en la promoción de la vida y de la salud de la sociedad a través de la promoción de la vida y de la salud de la persona individual.

Este principio está integrado en el de subsidiariedad que prescribe la obligación de cuidados de los más necesitados. Socialidad y subsidiariedad derivan del deber de respeto recíproco interpersonal fundado en el reconocimiento de la dignidad de los demás en cuanto persona; la persona es la fuente y el fin de la sociedad, en cuanto se realiza participando en la realización del bien de los semejantes [Palazzani, 1993].

1.2.3. Areas de estudio de la Bioética.

La Bioética según la mayoría de los especialistas, se aplica en la actualidad, enter otras, a cuatro grandes áreas:

- Origen de la vida.
- Ingeniería genética.
- Fin de la vida.
- Trasplantes de órganos.

1.2.3.1. Origen de la vida

Desde que se habla de bioética, la reproducción ha ocupado un primer plano en la escena. En un principio la investigación iba encaminada a un control de la fecundidad. Una primera acción anticonceptiva buscaba la reducción de la mortalidad y descubrimiento de la felicidad familiar, de forma que al disminuir la natalidad, los hijos estaban mejor atendidos disminuyendo en consecuencia la mortalidad infantil. Pero cada mujer se hallaba todavía muy lejos de gobernar su fecundidad, ese privilegio debía esperar hasta la segunda mitad de nuestro siglo.

Los diversos medios anticonceptivos de que hoy se dispone son casi infalibles a reserva de que también lo sea la cabeza y en caso de error, la ley que despenaliza el aborto permite a las parejas escapar de la fatalidad del hijo no deseado. Los nuevos métodos nos permiten una maternidad voluntaria.

Pero en medio de esta euforia prorrumpían algunas voces discordantes; se había olvidado que la esterilidad afecta a un gran número de parejas y la situación se agravaba más al

gran número de parejas y la situación se agravaba más al disminuir el número de niños adoptables con la contracepción y la interrupción del embarazo.

La medicina permite hoy en día tratar los distintos tipos de esterilidades, y en caso de que resistan a los tratamientos se puede recurrir a una inseminación intrauterina con los gametos de la pareja o de un donante anónimo, o bien a una fecundación "in vitro" y posterior implantación del embrión, a partir de los gametos de ambos miembros de la pareja o bien de donantes anónimos, e incluso la implantación del embrión se puede hacer en los llamados "úteros de alquiler".

Pero si el problema está en que la pareja sufre esterilidad doble a la vez masculina y femenina, la pareja puede optar por un embrión congelado al que hallan renunciado sus progenitores, e implantarlo en la madre candidata.

Pero la ideología que combatía el azote de la esterilidad atacando todas sus formas, inventaba también toda laya de expedientes técnicos; los problemas se pusieron a fermentar por todas partes y a las fecundaciones "in vitro" venían a sumarse las denominadas "madres de alquiler", las inseminaciones "post-morten", las congelaciones de embriones humanos sobrantes y sus posibles utilizaciones para la experimentación, donaciones a otras parejas estériles o simplemente la destrucción de los mismos.

La inseminación "post-morten" cuenta en la actualidad con el apoyo de gran parte de la opinión pública, ateniéndose a un curioso argumento: nadie ha demostrado nunca que un hijo sin padre sea menos feliz que un hijo con él e incluso llegan a

puntualizar que más vale la ausencia o la carencia de un padre que un mal padre.

Hay que ignorar en verdad el infortunio de una criatura privada de padre para pensar que puede imponérsele por libre decisión una condición ya tan penosa?.¿Cómo atreverse a hacer de un hijo un huérfano?. La tarea educativa de un hijo necesita del concurso simultaneo del padre y de la madre.

Si bien es verdad, que estos procedimientos de inseminación de mujeres solas, "post-morten" o "madres de alquiler" no son novedades. Los "prestamos de útero" existían ya en la antigüedad y la inseminación "post-morten" halla un equivalente en la práctica judía del levirato por lo tanto la ciencia no ha hecho más que poner bajo sus érgidas, expedientes irregulares, antes que realizar auténticas hazañas y les confiere la honorabilidad de su prestigio, así como la apariencia de un control social.

Sin embargo, la tecnología se jacta de algunas de originalidades, cuya posible realización respira un aire de locura como implantar embriones en mujeres de edad avanzadas, criarlos en una incubadora, implantarlo en un animal o concebirlo sin espermatozoides por partenogénesis.

La congelación de embriones humanos para su posterior implantación en el seno materno tampoco está exenta de inconvenientes; el tiempo transcurrido entre la concepción y la anidación, sino se toman las debidas precauciones puede tener serias consecuencias. Hasta la fecha nadie había perturbado la normal sucesión de los que nacen, engendran y mueren.

Los hombres habían adquiridos grandes poderes pero no el de encabalar las edades, sin embargo, la permanencia del embrión en el azoe líquido modifica esta grandiosa sumisión. Si se espera demasiado, los que le concibieron y los que le hagan nacer no serán las mismas personas y tendrá dos parentescos disociados por la brecha del tiempo: una familia por su concepción ya prescrita y una familia por su nacimiento recién fundada.

Los comités de ética abrigaron estos temores y acordaron que la duración de la congelación, fuese siempre inferior al de una generación, para no hacer saltar un eslabón genealógico al hijo, que en caso de darse conllevaría graves perjuicios, ¿pero qué hacer entonces con los embriones congelados sobrantes?. Hasta el momento solo se barajan tres posibles soluciones:

- la destrucción,
- la donación a alguna pareja estéril o,
- su utilización en experimentación.

El farmacéutico investigador debe tener un alto respeto por la vida humana desde su primer instante. Amparándonos en la Constitución Española el embrión humano tiene derecho a la vida y la experimentación con los mismos solo será éticamente admisible cuando represente ventajas terapéuticas para ellos [Quéré,1994].

1.2.3.2. Ingeniería genética.

Otras de las grandes áreas que se encarga la bioética es la ingeniería genética.

Actualmente somos capaces de modificar la estructura más íntima de nuestra herencia mediante micromanipulaciones que nos permiten reemplazar, retirar o corregir un gen defectuoso.

Las investigaciones hoy emprendidas aspiran a curar la colección de tres mil enfermedades genéticas que afligen a la humanidad, pero existen dos orientaciones en este sentido:

- La primera ataca a una enfermedad en su causa originaria transfiriendo un gen sano, capaz de producir la proteína que el gen enfermo no podía sintetizar. Este método está dando buenos resultados en el tratamiento de melanomas antes incurables. A este nuevo procedimiento que abre grandes perspectivas respecto al tratamiento de muchas enfermedades, entre ellas el cáncer, no hay nada que reprochar.

- La otra estrategia, que actúa no sobre las células somáticas sino sobre las células germinales es mucho más preocupante.

Estas micromanipulaciones ocasionarían unos efectos de los que ya nunca se vería el límite, puesto que se extendería tanto en el tiempo como en el espacio, fundiéndose en la población general. Se introducirían en la especie modificaciones definitivas que la podrían dejar en una mala situación.

Por otra parte, intentar eliminar las enfermedades ligadas a los genes no es tarea fácil, ya que algunas se localizan en un gen único mientras que otras dependen de varios a la vez así como del concurso de determinados factores externos. En estos casos en los que no se sabe con seguridad si aparecerá o no la enfermedad, ni el grado de

gravedad que revestirá, las manipulaciones genéticas pueden ocasionar más daño que los males primitivos.

Tampoco es bien acogida, de forma general, la aplicación de una política de supresión de todos los genes nocivos, sean recesivos ó dominantes, ya que nuestro patrimonio genético es muy inestable y sobrevienen mutaciones sin treguas, de forma que la naturaleza no tardaría en reconstruir de nuevo esas enfermedades. Además la supresión de elementos ocasionaría un desequilibrio en el ecosistema, y el patrimonio hereditario gracias al cual, podemos adaptarnos a los cambios del medio, se empobrecería, es por ello, por lo que los genetista tienen como lema no incurrir en nada que pueda ser irreversible.

Los científicos tratan al individuo en sus células somáticas pero se guardan de tocar las células germinales que cambiarían la morfología de la descendencia, con serios riesgos para la especie.

¿Dónde está pues, el peligro, si la comunidad científica se muestra resuelta a observar toda la prudencia deseable y a salvaguardar el respeto del hombre, que honra a tantas conciencias médicas?

Pues está, en la explotación, siempre posible, de los conocimientos adquiridos con fines no terapéuticos. Las desviaciones pueden surgir de la propia comunidad de científica, donde existe un fuerte contraste de opiniones. Son de temer también en otra instancia la industria regida por el beneficio, los Estados dominados por el afán de ampliar su poder, ó simplemente los padres para decidir la determinación física de su prole. La elección de la talla, el color de los

ojos, o las aptitudes, escapan todavía a nuestros designios pero la elección del sexo si está ya a nuestro alcance.

En un principio la selección del sexo vendría dada por prescripción terapéutica, para evitar enfermedades que las transmiten el sexo femenino y las padecen el sexo masculino, pero pronto se pasaría de la prescripción terapéutica a la selección del sexo por conveniencia particular, con el riesgo de producirse un desequilibrio demográfico entre ambos sexos.

Además la selección de sexo se realiza actualmente mediante la eliminación del sexo no deseado, lo cual implica realizar prácticas abortivas con fines no terapéuticos [Quéré,1994].

1.2.3.3. Fin de la vida.

Otro de los grandes temas estudiados por la bioética es la eutanasia. EL progreso económico y los extraordinarios avances de la medicina en el último siglo, han llevado a una importante prolongación del promedio de vida interviniendo de varias maneras en el proceso de la muerte, a veces rompiéndolo, a veces al menos frenándolo o acelerándolo. Pero no siempre el tipo de vida posterior resulta envidiable, en ocasiones, estas técnicas modernas pueden llevar la prolongación artificial de la vida a estados de crueldad y dramatismo, a causa de lo que se ha llegado a calificar de "encarnizamiento terapéutico", cuyo rechazo social es notorio.

Diversos grupos en un principios minoritarios y poco a poco cada vez más numerosos, se han dado cuenta con horror que

los "triumfos" conseguidos por la medicina sobre la vejez, las enfermedades incurables, y sobre todo los accidentes hasta ahora mortales, se pagaban conservando la vida en condiciones lamentables.

Para no verse sometidos a tales condiciones se han constituidos en asociaciones pro-eutanasia, con el fin de conseguir que las leyes y los médicos respeten el supuesto derecho de los miembros a elegir no solo el modo, sino también el momento de la muerte.

La palabra eutanasia fue usada por primera vez por Francis Bacon en 1623, cuando afirmó que "la función del médico es devolver la salud y mitigar los sufrimientos y los dolores, no solo en cuanto esa mitigación puede conducir a la curación sino también si puede servir para procurar una muerte tranquila y fácil".

Desde el punto de vista etimológico significa "eu", buena y "thanato", muerte, sin embargo desde Francis Bacon la palabra eutanasia pierde su sentido etimológico y empieza a significar: "la acción médica por la que se acelera el proceso de muerte de un enfermo terminal ó se quita la vida".

Un aspecto característico de lo que se entiende por eutanasia es la proximidad del enfermo a la muerte y esta proximidad es lo que diferencia la eutanasia del suicidio o del homicidio.

Ya en el siglo XVII se comienza a distinguir entre eutanasia activa y pasiva. En el primer caso se trata de la puesta en marcha de una acción médica positiva con la que se

acelera el proceso de muerte de un enfermo o se pone termino a su vida. Por el contrario en el caso de la eutanasia pasiva o negativa no hay una acción positiva sino que simplemente no se aplica ninguna terapia o acción que pudiera prolongar la vida del enfermo, lo característico de la eutanasia pasiva sería por tanto, la omisión, la no aplicación de una terapia disponible [Gafo,1989].

Sin embargo, la situación es más complicada; ante el enfermo de cáncer que sufre graves dolores, es frecuente la administración de derivados morfínicos para calmarles el dolor, pero estos fármacos además de aliviarles el dolor producen también una depresión respiratoria y un previsible acortamiento de la vida, por lo que estamos ante una acción médica que conlleva dos aspectos diferentes: el alivio del dolor y el acortamiento de la vida del enfermo. Esta aceleración de la muerte es una consecuencia indirecta no pretendida por el médico, de ahí que en este caso se califique como eutanasia activa indirecta.

Otros términos importantes en la discusión de la eutanasia son:

-*Ortotanasia*, el prefijo griego "orto" significa correcto; ortotanasia tiene el sentido de muerte "a su tiempo", sin abreviaciones tajantes ni prolongaciones desproporcionadas de procesos de morir.

-*Distanasia*, "dys", tiene sentido de acto defectuoso, por lo tanto distanasia significaría la prolongación exagerada del proceso de muerte en un paciente y estaría próximo al encarnizamiento terapéutico [Alburquerque,1992].

Reservamos pues la palabra eutanasia, a la acción médica que tiene como consecuencia primera y primaria la supresión de la vida del enfermo próximo a la muerte.

Hay que afirmar indiscutiblemente que la intención del que la practica o del que la exige se centra en el alivio de los dolores, pero la intención del acto médico es suprimir la vida del enfermo. Sin embargo, ¿es tan distinto poner una sobredosis de morfina que ir administrando dosis crecientes, que van a poner fin a la vida del enfermo?

En cualquier caso, es importante, desde el punto de vista humano y ético la distinción basada en la intención de la persona. Aunque el efecto en ambos casos puede ser el mismo, no es igual el propósito del que pretende poner término a la vida y del que busca únicamente el alivio de los dolores del enfermo.

Esto significa que la muerte ha de estar en la intención de quien la practica; ha de ser el objetivo buscado.

La iglesia católica define la eutanasia como la acción u omisión que por su naturaleza, o en la intención, causa la muerte, con el fin de eliminar cualquier dolor [Sagrada Congregación para la doctrina de la Fe, 1980].

Según la moral católica, la omisión de la aplicación de los medios extraordinarios en un enfermo próximo a la muerte podría calificarse como una admisible eutanasia pasiva. Por el contrario, si lo que se omiten son los medios ordinarios estaríamos ante una práctica éticamente inaceptable y el personal sanitario podría caer en responsabilidades penales.

Pero, ¿cómo distinguir los medios terapéuticos ordinarios de los extraordinarios?. El carácter de ordinario o extraordinario va a depender de factores tan cambiantes como la situación del paciente, el estado de la investigación en un momento dado, las condiciones técnicas de un determinado hospital, el nivel medio de asistencia sanitaria de un país, etc. Ante estos problemas ciertos de interpretación, algunos prefieren hablar de medios proporcionados o desproporcionados a la situación de cada enfermo, pues de este modo se puede aquilatar mejor la decisión en cada caso.

Por lo tanto la Iglesia, acepta como lícito, conformarse con los medios ordinarios o proporcionados que las ciencias médicas pueden ofrecer, y el rechazo de los medios desproporcionados o extraordinarios no los considera como equivalente al suicidio o la omisión irresponsable de la ayuda debida a otro, sino que significa, según la Iglesia, la aceptación de la condición humana, una de cuyas características es la muerte inevitable [S. Congregación para la doctrina de la fé, 1980].

Para los católicos la eutanasia activa implica matar a un ser querido por Dios, que vela por su vida y su muerte, y como cualquier otra forma de homicidio, no solo es un ataque injustificable contra la dignidad humana, sino también un gravísimo pecado contra un hijo de Dios.

Frente a esta postura defendida por la Iglesia Católica, se encuentran las asociaciones pro-eutanasia, cuyos objetivos consisten en promover el derecho de toda persona a disponer con libertad de su cuerpo y de su vida, y a elegir libre y legalmente el momento y el modo de finalizarla.

" La vida es un derecho, pero no un deber, y debe complementarse con el derecho a morir, que ha de ejercerse voluntaria y libremente, debidamente informado el enfermo de su diagnóstico y pronóstico"(Juana T. Betancor, vicepresidenta de la Asociación Derecho a Morir Dignamente).

Uno de los principios esenciales que debe ser respetado por encima de todo y estar de forma permanente en la mente de todo médico, es el más alto respeto por la autonomía o la autodeterminación personal de todo paciente; por lo que el paciente o la paciente considera mejor para su propia existencia terrenal. La autonomía personal es fundamental para el doctor Heyel, profesor de filosofía en la Universidad hebrea de Jerusalén, quien escribió que "solo el individuo da sentido a su vida y decide si su vida es buena y vale la pena vivirla o no (...). El significado de la vida es una cuestión de decisión más que de conocimiento, pues de hecho, aquí no hay nada que saber (...)"[Kevorkian, 1993].

En cierto sentido, se puede plantear hasta que punto se le reconoce a una persona su libertad, cuando se le está negando su capacidad de decidir, cuando y como quiere morir, estando con plenitud de facultades y sin ser coaccionado, además, el derecho a la autodeterminación, propio de este sujeto, es el derecho a la no interferencia de otros (Gobierno, sociedad o terceras personas) en la intimidad de cada uno y ¿puede alguien dudar de que la muerte es uno de los actos más íntimos de nuestra vida, sino el que más?.

En definitiva, este supuesto derecho a la muerte, sería una consecuencia fundamental de la libertad del ser humano, de su autonomía, de su derecho a una dignidad personal y a que no

se le someta a tortura o tratos inhumanos (Art.15 de la Constitución Española).

Pero por otra parte, una persona puede renunciar al ejercicio de sus derechos en un momento dado, sin que estos queden anulados, son derechos-libertades, que pueden ejercerse en otras circunstancias, como son el de casarse, votar, asociarse, etc. Sin embargo, existen otros derechos que de renunciar a ellos, la misma persona o su dignidad quedarían anulados, esto ocurre con el derecho a la vida; si una persona pretende darse muerte o pide que otros le ayuden a morir, está anulando su dignidad y sus derechos con carácter definitivo.

Por lo tanto, enfrentar como incompatibles la libertad y la vida, podría llevar a la contradicción de realizar, en nombre de la dignidad de la persona como sujeto libre, un acto contra la dignidad de la persona, puesto que la vida, que es un bien fundamental de la persona, goza de su misma dignidad.

Jack Kevorkian, en su libro " La buena muerte", afirma que la demanda y la necesidad de la eutanasia y de un suicidio asistido, maduraron hace tiempo y se está volviendo cada vez más fuerte.

La decisión de llevarla a cabo debe implicar a más de un profesional para garantizar la competencia en la elección y el empleo de los fármacos.

La Comisión Estatal sobre la Eutanasia, constituida en los Países Bajos(1982), sostiene la opinión que la preparación y dispensación de fármacos destinados a terminar la vida, debería confiarse a aquellas personas autorizadas para

practicar la farmacología, bajo la sección segunda de la " Ley del Medicamento", es decir, el farmacéutico, el médico que receta y los ayudantes farmacéuticos.

La comisión no considera responsabilidad de los farmacéuticos el determinar, en cada caso específico, si las condiciones para la terminación de la vida o auxilio de suicidio sin sanción legal, se han cumplido. Este punto de vista, comporta que un farmacéutico no es en principio responsable penalmente de una decisión llevada a cabo por un médico, lo mismo cabe decir del auxiliar de farmacia.

Además, la comisión entiende que los farmacéuticos no están obligados a suministrar fármacos para poner fin a una vida. Tanto los farmacéuticos como sus auxiliares, pueden negarse a cooperar, si la preparación y dispensa de tales fármacos les supone objeción de conciencia o de otra naturaleza [Wachter, 1989].

Por otra parte, el Título IV del Código de Deontología Farmacéutica, elaborado por la Real Academia de Farmacia en 1991, con un capítulo único dedicado a la bioética, hace referencia al deber del farmacéutico de negarse a colaborar en la eutanasia, aunque expresamente no figura la palabra, y a conciliar la atenuación del dolor con el derecho de todo enfermo a tener una muerte natural.

1.2.3.4. Trasplante de órganos.

La experimentación persigue un proyecto de conocimiento. Sus aplicaciones pueden ser aleatorias, a veces lejanas,

quizás sin utilidad alguna. Pero surgen otros lances con una urgencia dramática: la vida de un hombre, de un mujer, de un niño depende de la respuesta a estas situaciones críticas. Nos estamos refiriendo a las donaciones de órganos.

Los comites de ética imponen una serie de exigencias con respecto a las donaciones:

- La gratuidad de las extracciones.
- Las pruebas científicas de la muerte si el donante ha fallecido.
- La separación de los equipos clínicos (los que a las extracciones y los que aseguran su reutilización terapéutica.
- El consentimiento previo.

Una gratuidad imperativa.

La escasez de órganos para trasplantes ha provocado en el último decenio la aparición del comercio y tráfico de órganos humanos. Las partes del cuerpo no son fetiches, y nada se opondría a que entraran en el circuito de mercado.

Sin embargo, la seguridad del cuerpo es el primero de nuestros derechos; sin él, los demás no serían nada, ni la libertad ni la justicia. Por ello mismo, las intervenciones médicas, donaciones de órganos y productos del cuerpo, experimentación en seres humanos, etc., quedan fuera del mundo de los negocios. La ética, al menos en el terreno de la salud y de la investigación, debe hacer triunfar aquí una norma sin matices.

Se observará que estos principios son transgredidos, en el caso de sustancias fabricadas a partir de células humanas,

que algunos laboratorios utilizan directamente o transforman en medicamentos. Es el caso, por ejemplo, del interferón, la sustancia obtenida está muy lejos de su fuente humana. El autor de las células iniciales permanece, por tanto, ajeno a los productos que de ellas se derivan y al trabajo efectuado sobre las mismas. No puede, pues, como tampoco sus herederos reivindicar ningún derecho. Esta gratuidad parecerá quizá, perjudicarle pero en realidad le protege. Retribuido, ¿resistiría a las peticiones de que no dejaría de ser objeto?. Pero se dirá, los que retiran las células y las introducen en la red comercial perciben beneficio: sí y lo justifican por el trabajo aportado y los gastos de laboratorio. En rigor, cabe, pues admitir que el trabajo de transformación le da un valor añadido y le remite lógicamente a la leyes del mercado. Pero lo correcto sería que, a ejemplo de la sangre o el esperma, no se obtuvieran beneficios de toda la cadena de su utilización, o que las ganancias se invirtieran en la investigación médica o se dedicaran a una obra de caridad.

La prueba de la muerte.

La casi totalidad de las extracciones de órganos se efectúa en sujetos muertos. La primera regla será pues, la certificación del fallecimiento.

La extracción de órganos vitales, especialmente si son impares, solo es lícita cuando la persona está en estado de muerte cerebral y no antes. En el caso de que la extracción se realizara con anterioridad a la instauración de este estado, esta acción constituiría un atentado contra la vida del paciente, pues le provocaría la muerte, vulnerando el derecho más fundamental de toda persona humana: el derecho a la vida.

La muerte se establece merced a un electroencefalograma plano, medido con seis horas de intervalos (más cuando se trata de niños pequeños y en los casos de intoxicación), la ausencia de todo reflejo proveniente del tronco cerebral y, desde luego, de toda forma de conciencia, la inmovilidad absoluta de los globos oculares y la pérdida de toda respiración.

La técnica ha creado un estado que no es en modo alguno una transición entre la vida y la muerte del cerebro, que sella la verdadera muerte del paciente, y la de su organismo, artificialmente diferida.

Unos aparatos especiales de ventilación permiten respirar al donante, aseguran la oxigenación de la sangre, el mantenimiento de la presión arterial; el corazón continua latiendo. Este sostenimiento se limita a pocos días, después todo el sistema se derrumba definitivamente.

¿Por qué dar a un cuerpo este plazo de vida ilusoria? Porque entre el fallecimiento y el trasplante hay que proceder de prisa. Accidental, la muerte del donante no estaba prevista y si no es momentáneamente aplazada a su nivel puramente vegetativo, la muerte de los órganos consume en seguida su ruina. Las técnicas de reanimación han inventado, pues, este estado ambiguo que permite extraer órganos todavía vivos de un individuo que ya no lo está.

Aunque en principio podría dar la sensación de que parece que se intenta "explotar" este tipo de fallecimiento para conseguir órganos aptos para el trasplante, analizando más detenidamente esta cuestión, es evidente que la realización de

estas acciones no constituye ningún atentado a la ética profesional, sino que incluso puede resultar beneficioso para la sociedad y al mismo tiempo no menoscaba de ninguna manera el respeto a un paciente fallecido.

En efecto, la muerte sorprende a las víctimas de los accidentes de circulación en buen estado de salud lo que las convierten en principios en buenos donantes.

Un médico puede practicar la estimulación cardiopulmonar a sabiendas que no será posible restablecer las funciones cerebrales, con el propósito de crear unas condiciones que favorezcan la mejor preservación de los órganos con vistas a una posible extracción para un trasplante. De esta forma beneficia a potenciales receptores que aguardan en una lista de espera.

Pero hay que resaltar que el cuerpo del donante no es una pura "tienda de recambios" sino el cuerpo que ha pertenecido a un ser humano y por ello merecedor de respeto. Por eso, esta intervención debe practicarse con el respeto y la dignidad que merece la persona fallecida, sin tratarla como un mero depósito de material para trasplante.

Equipos separados.

Si los trasplantes establecen una intimidad imprevista entre el donante y el receptor, los equipos que proceden a las extracciones y los que aseguran su reutilización terapéutica deben velar, muy al contrario, por mantener una independencia completa de unos respecto a otros. Unos intereses tan notablemente divergentes, puesto que el primer equipo ha mantenido contra toda esperanza la vida del paciente y el

segundo actúa movido por el poderoso argumento de una existencia que salvar, quieren que la separación sea rigurosa y esté controlada por un comité de ética.

Estas precauciones evitarán que el examen metódico de los criterios de muerte no ceda a las prisas, o que, en los casos de interrupción del embarazo, algunas mujeres no se vean inconscientemente incitadas a suministrar los órganos útiles y a tiempo: ¿se concibe, por ejemplo, que deban esperar para abortar a que su embrión haya alcanzado las nueve semanas requeridas para los trasplantes de neuronas?. Por esta razón, los médicos que firman la declaración de fallecimiento no pueden pertenecer al equipo de trasplante.

El consentimiento obligatorio.

Ninguna parte del cuerpo humano, puede considerarse una cosa, puesto que pertenece al que fue o sigue siendo un persona. No puede ni venderse ni tomarse: únicamente ser donada. Ahora bien, lo que hace al donante es su consentimiento. La prohibición de la venta preserva la dignidad del sujeto, la donación honra su libertad.

Dos pueden ser las condiciones que limitan las extracciones de órganos:

- por un lado la constatación de que la persona se ha opuesto formalmente a donar sus órganos.
- por otro lado, la oposición de la familia a la extracción de órganos.

La Ley permite las extracciones, aún sin el consentimiento explícito del donante (Ley 30/79); la necesidad de obtener un consentimiento personal o familiar traduce una

delicadeza por parte del médico. La Deontología médica va más allá de la mera legalidad de la actual legislación española y se muestra más sensible con los deseos de la familia acerca de su pariente fallecido y, si bien legalmente toda persona que no se haya opuesto expresamente a ser donante puede ser susceptible de extracción de sus órganos, si se encuentra en muerte cerebral, la ética médica exige que no se desatienda el parecer de sus familiares. En el caso de pacientes en estado vegetativo persistente, la ciencia médica actual, presenta limitaciones para conocer las capacidades racionales de las personas que se encuentran en ese estado, por ello, ante la más mínima duda de la existencia de una vida racional, no es lícito suprimir esta vida en aras de un posible trasplante. Es necesario que se realicen las pruebas más precisas sobre el estado del paciente moribundo, incluso si esto significa renunciar a obtener esos órganos porque las técnicas para un diagnóstico preciso de la muerte no son disponibles.

Hay otros autores que, ante la escasez de órganos para trasplantes, ven lícita la utilización de pacientes en estados vegetativos persistente como donantes, incluso, a costa de ampliar la definición de muerte establecida desde hace una década.

Estos intentos deben ser rechazados, un diagnóstico de muerte cerebral no debe ser confundidos con otras cuestiones afines tales como los conocimientos sobre la calidad de vida residual en los estados vegetativos persistentes. Además, un déficit de órganos para el trasplante no debe servir para cambiar el criterio del diagnóstico de la muerte, o para la adopción de normas más flexibles.

Dentro de los trasplantes de órganos, un tema que levanta mucha polémica es la utilización de anencéfalos como donantes. Etimológicamente anencéfalo hace referencia a un ser humano que carece de cerebro. Una definición más precisa describe la anencefalía como el desarrollo anormal de la parte anterior del bulbo neural de un embrión; en ella, los hemisferios cerebrales están ausentes o son extremadamente rudimentarios, mientras que el tronco cerebral y el diencefalo se desarrollan en extensión variable. Quizás en un intento demasiado interesado de conseguir órganos para trasplantes se ha querido forzar la definición de muerte para conseguir que los anencéfalos fueran incluidos entre los individuos que cumplen los criterios de muerte cerebral. Pero esto no es posible porque los anencéfalos no padecen una completa ausencia de cerebro.

La técnica es aún insuficiente para determinar si estos niños tienen alguna capacidad de vida racional y por ello es peligroso aventurar que no la tienen sin alguna demostración que lo avale. Ante esta duda, no sería lícito dar por sentado que estos niños carecen de esta posibilidad racional y por tanto tratarlos como si padeciesen muerte cerebral.

Mientras estas dudas no se despejen, debemos respetar a los anencéfalos a no ser que tengamos datos objetivos de que se encuentren en una situación de muerte cerebral.

Alguien podría objetar que es mejor que un anencéfalo muera, pues al fin y al cabo le quedan pocas horas de vida, para que otros niños con muchas posibilidades sobrevivan. Pero esto no puede ser éticamente aceptable, pues a pesar de las graves limitaciones del anencéfalo, posee la misma dignidad

que el niño o los niños receptores y no puede privársele el derecho a vivir su corta vida, aún sabiendo que podría colaborar en la supervivencia de otros niños [Quéré, 1989].

Otra cuestión bastante polémica relacionada con la donación de órganos es la propuesta de Jack Kevorkian para aquellos países donde está vigente la pena de muerte, hasta ahora cuando se decide aplicarla mediante inyección letal, la composición de los mismos resulta ser una combinación de **Tiopental sódico** (barbitúrico potente de acción ultracorta) que ocasiona en el sujeto un estado de inconsciencia casi instantáneo, **Succinil-colina**, agente farmacológico que actúa como paralizante muscular de alta eficacia, y **Cloruro potásico** sustancia que al alcanzar un alto nivel plasmático provoca la parada cardíaca de forma fulminante, la combinación de estos tres agentes equivale en términos simple a un ataque al corazón durante el coma inducido por el **Tiopental sódico**. La preparación de dicha combinación de acuerdo con las características del condenado, debe ser llevado a cabo por un farmacéutico, ¿Hacen objeción de conciencia los farmacéuticos norteamericanos para la elaboración de dicha fórmula, destinada a acabar con la vida de una persona?

Kevorkian propone la utilización de los condenados a muerte como posibles donadores de órganos, pero para ello, el método de ejecución deberá ser mediante la administración de anestesia general de forma progresiva hasta la muerte. De esta manera se podría utilizar el cuerpo del condenado para la experimentación y ensayo de nuevos fármacos, así como para la extracción de órganos vitales en buen estado biológico, siempre que ellos de forma libre y consciente así lo expresen.

Algunos autores opinan de forma favorable sobre esta propuesta, así, Charles Bailey (cirujano cardíaco norteamericano) señala que: "la necesidad está ahí y es un desperdicio permitir que los órganos sanos de estas personas que están a punto de ser ejecutadas sean denegados a las personas desvalidas que esperan un trasplante". Sin embargo, muchas organizaciones médicas entre ellas la A.M.A. (Asociación Médica Americana) se opone a esta propuesta.

En Georgia, en Febrero de 1.989, dos hombres condenados a morir en la silla eléctrica solicitaron la inyección letal para que sus riñones por lo menos pudieran ser salvados. Al preguntarles su opinión, el doctor William S. Hutchings, un médico de cabecera, admitió que sería probablemente una forma más humana de administrar la pena capital. Pero añadió -si yo formara parte del consejo directivo de un hospital, pasaría un mal rato al dar al Estado permiso para utilizar la instalación para ejecutar prisioneros, aunque los órganos fueran a ser extraídos y utilizados para salvar las vidas de otras personas.

Otros opinan que la propuesta rodearía al trasplante de un aura de mala opinión en la gente y que la misma podría hacer pensar en que unos motivos inocuos y un beneficio secundario para otros podrían dar lugar a un aumento de las condenas a la pena capital en general [Kevorkian, 1993].

CAPITULO 2.

DEONTOLOGIA FARMACÉUTICA.

2.1. COMITÉS DE ÉTICA: NECESIDAD, ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO.

Como bien señala Francesc Abel, 1993, el progreso médico, biológico y farmacológico de los últimos veinticinco años y el desarrollo de nuevas tecnologías de aplicación clínica ha obligado a los investigadores a desarrollar un sentido de responsabilidad y ha alertado a la opinión pública sobre los nuevos poderes que tales progresos representan sobre la vida humana y la calidad de vida. La bioética aparece, en el horizonte científico, como expresión de la necesidad de los científicos y moralistas de hacer frente a los retos planteados por los nuevos problemas creados por los progresos biomédicos y su repercusión en la sociedad y su sistema de valores. Con el término bioética, acuñado a principios de los años 70, se asocia una metodología de análisis de problemas clínicos, asistenciales o de investigación, basada en el diálogo interdisciplinario abierto, sistemático y éticamente plural.

Los comités de bioéticas que han florecido a la par con los centros de reflexión bioética son instancias o estructuras de dialogo y decisión bioética que asumen la responsabilidad

de intentar clarificar y resolver racional y razonablemente los conflictos de valores que se presentan en la investigación o en la práctica clínica.

Podemos clasificar los comités en tres bloques convencionales:

1.- Comités que tienen como finalidad velar por la calidad de la investigación en sujetos humanos y la protección de los mismos. Estos comités, denominados en Estados Unidos "Institutional Review Board" son los que se corresponden mejor con los que en España, por la ley del medicamento de 1990, se denominan Comités éticos de Investigación Clínica.

2.- Comités que en el ámbito hospitalario procuran resolver los conflictos éticos que se plantean en la asistencia hospitalaria y elaboran protocolos asistenciales en los casos que sea necesaria una política institucional por la dificultad del problema o por la frecuencia del mismo. En nuestro país estos comités se denominan Comités de ética Asistencial y corresponde a los "Institutional Ethics Committees" de los Estados Unidos.

3.- Comités nacionales permanentes o temporales con un ámbito de competencia bioética muy amplio o puntual. Los informes que se han publicado o publican algunos de estos comités tienen resonancia mundial o por lo menos en todo el mundo occidental. En este grupo incluiríamos como ejemplos: "The president's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research" (1980-1983), en Estados Unidos; el "Comité Consultatif National d'Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé", creado en

Francia por el presidente Francois Mitterrand el 23 de Febrero de 1983; la "Law Reform Commission of Canada", creada por el Gobierno Federal de Canadá en el año 1971 para estudiar y actualizar de manera continua la leyes federales y los problemas médico-jurídicos. En el ámbito europeo tienen especial interés los documentos del Consejo de Europa elaborados por diferentes comisiones.

2.1.1. Comités de Investigación Clínica (CIC).

Vamos a circunscribirnos a los comités éticos de investigación clínica (CIC).

La función común de estos comités que pueden tener distinta composición, funcionamiento y reconocimiento legal es la de asegurar la protección de los sujetos humanos que participan en un ensayo o investigación clínica y también la relevancia y corrección científica del protocolo de investigación que se somete a su consideración. El modelo que más o menos siguen todos estos comités es el de los llamados Comités Institucionales de Revisión (IRB, Institutional Review Board) de los Estados Unidos, cuyas funciones, composición y responsabilidades estipula la legislación federal. Los principios por los que se rigen fueron formulados por la "National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research" que elaboró el informe Belmont, cuya fundamentación se remonta al convenio sobre investigación en seres humanos en Helsinki.

La normativa en España de los CIC viene determinada por la ley del Medicamento. Al igual que otras regulaciones existentes se apoya en las siguientes normas éticas:

- 1.- Un buen protocolo de investigación .
- 2.- Investigadores competentes.
- 3.- Balance positivo entre beneficios y riesgos.
- 4.- Consentimiento lúcido.
- 5.- Selección equitativa de sujetos protegiendo especialmente a individuos de grupos más vulnerables.
- 6.- Compensación por daños causados precisamente por la investigación.

Los miembros del Comité ético de Investigación Clínica (CIC) deben estar cualificados para revisar proyectos de investigación valorando en primer lugar si se dispone de suficientes datos científicos, ensayos farmacológicos y toxicológicos en animales que garanticen que los riesgos, que implican en la persona el ensayo propuesto, son admisibles (art.60, Ley del Medicamento; 1990).

Otro aspecto a considerar por el CIC, es ponderar si el problema que se plantea es importante o banal, y si el diseño experimental propuesto, es adecuado a los objetivos previstos. Esto exige, o bien que el protocolo se presente al Comité de ética con una valoración previa por un comité científico, o bien que el Comité ético esté constituido por personas con preparación suficiente para analizar la corrección del protocolo experimental.

Esta es la vía que a nivel de mínimos establece la Ley del Medicamento al exigir que han de formar parte del Comité

farmacólogos clínicos, farmacéuticos de hospitales y médicos, además del personal de enfermería y personas ajenas a las profesiones sanitarias, de las que al menos uno será jurista (art.64,3 Ley del Medicamento; 1990)[Abel, 1993].

La función principal que debe tener un Comité ético de Investigación Clínica según la Ley del medicamento (art.42), es la de ponderar los aspectos metodológicos, éticos y legales del protocolo propuesto, así como el balance beneficio/riesgo del ensayo. Para ello:

- 1.- Evaluará la idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio, su eficiencia científica (la posibilidad de alcanzar conclusiones válidas con la menor exposición posible de sujetos) y la justificación de los riesgos y molestias previsibles, ponderadas en función de los beneficios esperados para los sujetos y la sociedad.
- 2.- Evaluará la idoneidad del equipo investigador para el ensayo propuesto. Tendrá en cuenta su experiencia y capacidad investigadora para llevar adelante el estudio, en función de sus obligaciones asistenciales y de los compromisos previamente adquiridos con otros protocolos de investigación.
- 3.- Evaluará la información escrita, sobre las características del ensayo, que se dará a los posibles sujetos de la investigación o en su defecto a su representante legal, la forma en que dicha información será proporcionada y el tipo de consentimiento que va a obtenerse.

- 4.- Comprobará la previsión de la compensación y tratamiento que se ofrecerá a los sujetos participantes en caso de lesión o muerte atribuibles al ensayo clínico, y del seguro o indemnización para cubrir las responsabilidades.
- 5.- Conocerá y evaluará el alcance de las compensaciones que se ofrecerán a los investigadores y a los sujetos de la investigación por su participación.
- 6.- Realizará el seguimiento del ensayo clínico desde su inicio hasta la recepción del informe final [art.42 Ley del Medicamento, 1990].

Los comités de los que hablamos tienen como misión principal vigilar que se cumplan las condiciones de moralidad y deontológicas en la experimentación farmacológica.

Lo más problemático para estos comités está no tanto en la falta de personalidad jurídica, que puede fácilmente superarse una vez reconocido por la ley, sino en el hecho de que sus miembros no suelen compartir los mismos criterios éticos, ni tener la misma filosofía sobre el hombre y la medicina.

En cualquier caso, estos comités no solo son útiles sino que son necesarios para la verificación y control de la experimentación farmacológica, pues deben verificar la existencia y el respeto de unas reglas deontológicas y morales en los protocolos de investigación en humanos.

Esta utilidad-necesidad surge de la necesidad de contrastar las exigencias tecnológica-científicas con las éticas y deontológicas-legales. Todo protocolo de investigación conlleva esta necesidad de contraste [Sgreccia, 1978].

2.2. CÓDIGOS DEONTOLÓGICOS FARMACÉUTICOS.

La importancia que la deontología tiene para el farmacéutico deriva de las implicaciones éticas de los medicamentos en temas tan importantes como trasplantes de órganos, eutanasia, ingeniería genética, aborto, etc...

La deontología profesional es el tratado de los deberes propios de la profesión que incluyen los principios éticos. Su objeto es dar reglas para el comportamiento del profesional en relación con la sociedad en que desarrolla sus actividades, desde el punto de vista moral (es decir, que en el cumplimiento de su ejercicio profesional goza de un verdadero derecho y en justa correspondencia tiene una serie de deberes).

Desde la investigación y ensayo de nuevos fármacos hasta la fabricación, control, almacenamiento y dispensación del medicamento, el farmacéutico puede encontrarse con situaciones comprometidas de ahí la necesidad de una moral profesional que le ayude en la toma de decisiones [Melgar, 1993].

Muñoyerro en su libro "Código de Deontología Farmacéutica" (1955), señala la importancia de la deontología profesional mediante cinco títulos:

a) Los deberes de la profesión como objeto de la Deontología Farmacéutica.

"La Deontología ofrece un conocimiento claro y sistematizado de los deberes que al farmacéutico incumben poniéndole en mejores condiciones de percibir el apreciable fruto de tantas y tan costosas ciencias físicas, químicas y naturales que son su campo, y porque contribuye a hacerle más hombre, haciéndole poner en práctica aquel profundo aforismo filosófico... Nocs teipsum (Conocete a ti mismo)."

b) Los intereses confiados a la Farmacia.

Según Muñoyerro, una profesión se mide por la altura, la extensión, y la importancia de los intereses que a ella se confían.

"La Farmacia, aunque no del mismo modo y en la misma medida que la Medicina, tiene confiados los intereses más sagrados del hombre; la salud, la vida, el porvenir del enfermo, el honor individual y de los familiares, y el bien social en su mejor parte...Tiene, pues, suma importancia una rama de la ciencia moral que trata, precisamente, de salvaguardar estos intereses o valores trascendentales de la Humanidad, proyectando una luz que irradia sus rayos por el ancho campo de esta profesión para que el conocimiento de las materias farmacéuticas sea el que conviene y el uso de esos conocimientos técnicos se enderece a la salud, sin declinar de la rectitud moral de los actos profesionales".

c) La complejidad de los problemas profesionales.

"Es tal la complejidad y la delicadeza con que deben ser tratados muchos casos de que está sembrado el camino del farmacéutico en el ejercicio de su profesión, que no es suficiente una conciencia honrada para resolverlos..."

La Deontología Farmacéutica es la que ilumina al farmacéutico ilumina en el laberinto de su profesión, para no solo hacer bien técnicamente sus elaboraciones, sino para que ellas y toda su vida profesional sean moralmente buenas".

d) La escabrosidad de la profesión.

Un motivo más que exige una conciencia bien formada, según Muñoyerro, es la escabrosidad de la profesión farmacéutica. "Ciertos momentos existen en que más que la escabrosidad de las cuestiones, suscitan dificultades para la honradez las solicitudes al mal en circunstancias de libertad exentas de la vigilancia de los guardianes de la ley...En estos casos, solamente hay un tribunal legítimo para el farmacéutico y es su conciencia".

e) La necesidad de prevenirse contra el afán de lucro. El utilitarismo en Farmacia.

"La misma experiencia dice cuán propicia es la profesión farmacéutica a la llamada moral utilitarista. Gustavo López, en la Memoria sobre Deontología Farmacéutica presentada en el Colegio de Farmacéuticos de Madrid en 1920, habla del *industrialismo* de que se hace objeto a los desdichados enfermos, de los *infames contubernios médico-farmacéuticos para hacer esta explotación provechosa* y de las *vergonzosas luchas fraternales, en las que, con enconada saña se disputan mezquinos beneficios.*"[Muñoyerro, 1955].

Sin embargo la necesidad de disponer de normas específicas que orienten a los profesionales en esta materia, siempre ha existido. Así el **Código de Hammurabi** (hacia el año 1800 a. de C.) dedica 13 artículos a la práctica de la profesión médica-farmacéutica.

En los **Consejos de Esculapio** también encontramos en el mundo griego un importante antecedente deontológico. Y posteriormente el **Juramento Hipocrático** constituye un ejemplo de precepto idealístico que no ha sido mejorado, sirviendo de base para todos los códigos posteriores.

Muchos de los preceptos del **Sermón deontológico de Asaf** (siglo VI d. C.) son captados del Juramento Hipocrático.

También los criterios éticos del mundo árabe en la Edad Media están enraizados en el Juramento Hipocrático.

Ya en el siglo XI existía una clase farmacéutica entre los árabes que dirigía las farmacias de los hospitales. Uno de los primeros tratados de deontología que utilizaron los farmacéuticos árabes fue el denominado "Minhaj al-Dukkam fi Tarkib". En él se recogían las reglas precisas de ética profesional, tales como la exigencia de una correcta preparación de los medicamentos y los deberes relacionados con la profesión médica.

De esta época es el **Canon de Avicena** y la **Plegaria del Médico** del hebreo Maimonide, donde se exalta la responsabilidad moral como fundamento de la dignidad del hombre.

A partir de la separación entre Medicina y Farmacia, en el siglo XIII, son muchos los autores que se han preocupado por la ética Farmacéutica. El primero de ellos es Saladín de Ascoli o también conocido como Saladino, médico del condestable de Nápoles, escribió *Compendium aromatorium* en 1486, que fue más tarde traducido al castellano por Alonso

Rodríguez de Tudela en 1515 bajo el título de Compendio de boticarios [Melgar, 1993].

Otro autor es el doctor Antonio Aguilera que estudia en su obra *Exposición sobre las preparaciones de Méssue*, 1569 (Cap.I), las condiciones que debe tener el que ejerciese el arte de boticario y numera hasta catorce.

También Juan Jacobo Weckero en su *Antidotarium generale et speciale*, 1574, se ocupa de algunos deberes y observaciones técnicas y morales útiles para el farmacéutico.

Juan de Renon o Renodeo, médico y consejero del rey de Francia, público en París en 1602, su obra *Institutionarum pharmaceuticarum libri quinque*. En el libro I, expone en dos capítulos una doctrina muy parecida a la de Antonio Aguilera.

El médico romano, Zacchías, en su obra *Quaestiones médico-legales*, publicada desde 1621 a 1635 en libros separados, después de tratar de los deberes de los médicos, da normas a los farmacéuticos, a quienes aún designa con el nombre de aromatorios, distinguiéndolos de los seplarios y falsos químicos.

Pero la primera Deontología o moral farmacéutica de las que tenemos noticias, es la obra de Martínez de Leache titulada *Tratado de las condiciones que ha de tener el boticario para ser docto en su arte* (1662), donde establece los principios más notables de moral farmacéutica.

El discurso que pronunció José Antonio Balcells y Camps en 1839, bajo el título *Moral farmacéutica*, comprende las

normas de conductas rectas y seguras para el desempeño del ejercicio profesional farmacéutico [Muñoyerro, 1955].

A mediados del siglo pasado hay una evolución en el ejercicio profesional farmacéutico, porque aunque aún están presentes las formas de hacer tradicionales, van apareciendo los efectos de la industrialización, reflejada fundamentalmente en la extensión del uso de las especialidades farmacéuticas.

Es una época de crisis, en la que según Gustavo López García, se produce una desmoralización de la farmacia como consecuencia del ambiente inmoral de la época, de la perversión del concepto social de la farmacia considerada como patente mercantil, de la ignorancia del farmacéutico respecto a sus deberes, de la indigencia de los poderes públicos y de la falta de sanciones.

Todo esto despierta una preocupación entre la clase farmacéutica, dando lugar a la aparición de numerosos artículos en los que se recoge con detalle la problemática profesional y el ideario del farmacéutico español.

La revista *La Farmacia Española* bajo la dirección de Marín y Sancho, se convierte en una excelente plataforma para exponer los principios normativos y aplicaciones prácticas impregnadas e impulsadas por la moral. Allí se recogen numerosos trabajos dedicados al intrusismo y a la responsabilidad personal.

En este recorrido histórico hay que resaltar la figura de Muñoyerro, arzobispo de Sión, que plasma sus conocimientos de

la problemática de la profesión farmacéutica de la época en su libro *Código de Deontología Farmacéutica* (1955), introduciendo una serie de normas y valores que incluyen las condiciones que debe poseer el buen farmacéutico, la responsabilidades tanto legales como morales, y de los deberes que debe cumplir en el ejercicio de la profesión con la sociedad y con los demás profesionales.

En general, de los Códigos históricos se desprenden una serie de principios deontológicos que pueden resumirse en:

- El respeto a la persona.
- El reconocimiento de los intereses públicos a los que sirve el farmacéutico con el control del medicamento.

La necesidad de mantener y reafirmar los principios y conceptos heredados del pasado, forma parte de unos deberes inherentes al quehacer profesional del farmacéutico de todos los tiempos.

Las normas deontológicas se refieren a la ética común, es decir, la usual en un determinado lugar y momento histórico, pero que se mantienen aferradas a ciertos principios deontológicos universales e irreversibles.

La necesidad de estos códigos viene determinada, hoy más que nunca, por el avance de las nuevas técnicas. Constantemente surgen problemas y planteamientos que no se ven reflejados en la legislación, ya que en pocas ocasiones históricas ha sido tan significativo el avance de las costumbres muy por delante del derecho. En todos ellos debe recogerse los siguientes contenidos:

- Deberes generales deontológicos.
- Prohibición de ciertas actividades conducentes a la captación de clientes.
- Reglas que deben observarse en la relación con el público (paciente, otros profesionales...)
- Cuestiones de bioética.
- Relaciones con los miembros de profesiones afines.
- Relaciones con otras instituciones [Melgar, 1993].

Actualmente son cuestiones muy a tener en cuenta los principios deontológicos que afectan al **secreto profesional**, precisamente como consecuencia de la aplicación de avances técnicos en relación con la informática. Se hace necesaria una protección legal y deontológica de la confidencialidad de los datos informáticos.

Otro tema importante con respecto a los principios deontológicos es la **independencia** en el ejercicio de profesional frente a los poderes públicos, principalmente porque lo específico del estatuto de las profesiones liberales es la independencia del acto profesional.

Con respecto a las cuestiones de bioética de la profesión, el Código Deontológico elaborado por la Real Academia de Farmacia en 1991, indica que ante posibles conflictos entre Ciencia y Derechos Fundamentales del hombre, el farmacéutico debe intervenir con el mayor respeto a la vida humana y a la libertad de conciencia.

Se debe prestar especial atención a las investigaciones relacionadas con la genética, fisiología de la fertilidad,

fármacos psicotropos o que supongan una manipulación de la personalidad humana, etc.

Se pone así mismo de manifiesto los condicionamientos que deben imperar en cualquier ensayos clínicos tanto en individuos sanos como enfermos, las limitaciones en la experimentación con embriones humanos y el derecho del enfermo a tener una muerte natural, poniendo los medios proporcionados para lograr la atenuación del dolor.

Ante el conflicto permanente que siempre rodea a los individuos en acciones concretas; ante lo que es o debería ser, a caballo entre el derecho y la moral, resulta patente la necesidad de la Deontología Farmacéutica.

CAPITULO 3. EUTANASIA.

3.1. ASPECTOS GENERALES: CONCEPTOS, ANTECEDENTES Y TÉRMINOS RELACIONADOS CON LA EUTANASIA.

En la sociedad actual, en la que empiezan a ser cuestionados los mismos valores fundamentales de la vida humana, la modificación de la cultura influye en el modo de considerar el sufrimiento y la muerte; la medicina ha aumentado su capacidad de curar y de prolongar la vida, aunque no siempre en las mejores condiciones. Por ello, los hombres se interrogan con angustia acerca del significado de la ancianidad prolongada y de la muerte, preguntándose consiguientemente si tiene derecho de procurarse a si mismo o a sus semejantes la *muerte dulce*, que serviría para abreviar el dolor y sería según ellos, más conforme con la dignidad humana [Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fé, 1991].

Pero aunque el planteamiento es reciente, el problema y los comportamientos eutanásicos son antiguos. Así en las culturas griega y romana, los ancianos tomaban cicuta para poner fin a sus desgracias y en la Edad Media, Averroes identifica la imagen del cuerpo humano con la sociedad, concluyendo que de la misma manera que es legítimo cortar los

miembros gangrenados, también lo es no atender a los que no son útiles para el cuerpo social [Alburquerque, 1992].

Posteriormente, en el renacimiento aparece Francis Bacon, que es considerado como pionero en cuanto al uso del término eutanasia, cuando afirmó, que "las funciones del médico es devolver la salud y mitigar los sufrimientos y los dolores, no solo en cuanto esa mitigación puede conducir a la curación, sino también si puede servir para procurar una muerte tranquila y fácil".

Los siglos XIX y XX, representan una amplia confrontación sobre la eutanasia no solo desde el punto vista médico sino también ético, jurídico y social [Monge, 1991].

La polémica sobre la legalización de la eutanasia, que se había apagado con la difusión del cristianismo en nuestra cultura, reaparece en el siglo XIX al crearse los primeros movimientos y asociaciones en favor de esta práctica.

En 1935, se crea en Inglaterra la asociación "Exit" y en 1938, en Estados Unidos, la "Sociedad de la Eutanasia de América". En España existe desde 1984 la asociación "Derecho a morir dignamente"(DMD), cuyo objetivo es promover el derecho de sus miembros a disponer de su cuerpo y vida, y a elegir libremente el momento y el modo de finalizarla [Alburquerque, 1992].

En diciembre del 1993 quedo despenalizada en Holanda la eutanasia. Más tarde, a finales de 1994, en el Estado norteamericano de Oregón se aprueba mediante referéndum, la "Ley para una Muerte Digna", que autoriza a los médicos a

recetar "pastillas letales" a los enfermos terminales que lo soliciten, siempre que la previsión de vida del enfermo sea inferior a seis meses. La ley estipula que el médico no participará activamente en la eutanasia, es decir, no podrá poner inyecciones letales ni colaborará con ninguno de los sistemas de eutanasia como los practicados en Michigan por el doctor Kevorkian [Diario "El país", 16-X-1994]. Actualmente su aplicación está en suspenso debido a los recursos presentados.

El 25 de Mayo de 1995, el Parlamento del Estado australiano del Norte aprobó una ley que permite la eutanasia, convirtiéndose así en el tercer territorio del mundo que reconoce el derecho a morir; es la llamada Ley para los Enfermos Terminales (Reuter, Diario El País, 1995).

En cualquier caso, la dispensación o incluso elaboración de los preparados farmacéuticos destinados a acabar con la vida del enfermo terminal que solicita la eutanasia, corre a cargo del farmacéutico. Para tratar de manera adecuada el problema de la eutanasia conviene ante todo precisar el vocabulario ¿qué es y qué no es la eutanasia?.

Etimológicamente el término eutanasia procede del griego (*eu-thanatos*) y significa buena muerte, y originariamente se refería a aliviar los dolores; a una muerte fácil, buena, sin dolor, es decir, al modo de morir y no al cuando, pero los progresos realizados por la medicina en el último siglo, han permitido intervenir de varias maneras en el mismo proceso de la muerte, y enfermedades tenidas hasta entonces mortales, hoy ya no lo son y otras que aún lo son, pueden alargarse por varios periodos de tiempo.

Pero no siempre esta prolongación de la vida se lleva a cabo en condiciones envidiables y se comprende que para muchos enfermos no sea deseable un tal modo de existencia y prefieran renunciar a este modo de vivir.

De esta forma el término eutanasia aunque conserva ciertamente el significado etimológico original centrado sobre el modo de muerte: buena, dulce; pasa a significar la aceleración de la muerte. La muerte dolorosa y la larga agonía se sustituyen por una muerte pronta, pacífica y sin dolor. Se entiende pues por eutanasia, la práctica médica que procura la muerte o acelera su proceso para evitar grandes dolores o molestias al paciente.

Un aspecto característico de lo que se entiende por eutanasia es la proximidad del enfermo a su muerte y esta proximidad es la que distinguiría la eutanasia del homicidio o suicidio [Gafo, 1989].

La Declaración Vaticana sobre la Eutanasia define la eutanasia como: "una acción o una omisión que por su naturaleza, o en la intención, causa la muerte, con el fin de eliminar cualquier dolor" [Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fé, 1991].

Ya en el siglo XVII se comienza a distinguir entre eutanasia activa y pasiva. En el primer caso se trata de una acción médica positiva con la que se acelera el proceso de muerte de un enfermo o se pone término a su vida; o bien la omisión de una intervención médica obligada, o de una terapia disponible.

La eutanasia pasiva, es la supresión de los medios extraordinarios o desproporcionados a un paciente cuya situación es irreversiblemente fatal. Sin embargo, la situación es más complicada, ante un enfermo de cáncer que sufre graves dolores, es frecuente la administración de derivados de la morfina para calmarles el dolor, pero estos fármacos, además de aliviar el dolor, producen también una depresión respiratoria y un previsible acortamiento de su vida, por lo que estamos ante una acción médica que conlleva dos aspectos diferentes; el alivio de los dolores y el acortamiento de la vida de la vida del enfermo. Esta aceleración de la muerte es una consecuencia indirecta no pretendida por el médico, como consecuencia del "principio de doble efecto de los medicamentos", y se suele calificar como eutanasia activa indirecta.

Actualmente existe una tendencia a suprimir los adjetivos de pasiva y activa, y emplear el termino de eutanasia solamente para expresar la incitación o la aceleración intencionada de la muerte del paciente [Gafo, 1989].

La Comisión Central de Deontología del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, en 1993, declaró que no instaurar o suspender tratamientos médicos inútiles no es ningún homicidio deliberado, sino un acto ético, por cuanto constituye una práctica médica correcta, repleta de ciencia y de prudencia. Llamar eutanasia pasiva a lo que es una correcta abstención de lo inútil crea un espejismo peligroso; el de creer que hay una variante virtuosa de eutanasia.

La Comisión concluye que no existe una eutanasia activa y una eutanasia pasiva. Solo existe eutanasia; una conducta

siempre deontológicamente condenable, encaminada a matar (por acción u omisión) a quien padece una enfermedad incurable o sufrimientos insoportables [Comisión Central de Deontología Médica, 1993].

Lo contrario a la eutanasia sería la distanasia, que consistiría en la utilización de las máximas posibilidades terapéuticas cuando han dejado de tener este carácter si se tiene en cuenta la totalidad de la persona del paciente, ya que no le son de ningún beneficio, y solo consiguen prolongar biológicamente su vida. Se le llama también "encarnizamiento terapéutico" y su rechazo social es notorio. Con una conducta distanásica no se alarga la vida sino el proceso de morir.

Recientemente se ha empezado a utilizar el término ortotanasia que significa la muerte en el momento oportuno y que implica, según Eugenio Alburquerque, la muerte digna del hombre y el derecho a la propia agonía, y a morir humanamente. Significa pues, la praxis médica que "deja morir en paz" porque la prolongación de la vida del paciente terminal, es irrazonable y desproporcionada. Aunque el tratamiento del dolor con derivados morfínicos conlleva un acortamiento de la vida del enfermo, la ortotanasia no busca suprimir la vida sino aliviar los dolores [Alburquerque, 1992].

3.2. POSTURAS ÉTICAS ANTE LA EUTANASIA

Para J. Gafo, la actuación de los profesionales sanitarios en relación con pacientes irreversibles y terminales debe inscribirse dentro de un triple eje de coordenadas.

El primer eje de referencia vendría marcado por el compromiso de tales profesionales de ejercer su actividad en favor de la prolongación de la vida del enfermo y de la recuperación de su salud. Sin embargo esta tendencia a luchar en favor de la prolongación de la vida no puede extremarse, ya que se corre el riesgo de incurrir en el criticado encarnizamiento terapéutico.

Un segundo eje de coordenada vendría definido por la exigencia que tienen los profesionales de la salud de humanizar la situación de los enfermos próximos a la muerte. El recurso de los calmantes debe ser un punto central en la atención sanitaria a este tipo de enfermo así como la aproximación personalizada.

Finalmente existe un tercer eje de coordenada o punto de referencia, que consistiría en la propia opción del enfermo. Al estar en juego su propia vida, el enfermo próximo a la muerte no puede convertirse en una mera comparsa sobre la que se toman decisiones sin apenas contar con su decisión.

Puede haber situaciones, en las que la afirmación de la autonomía del enfermo puede quedar limitada o incluso no existir, por encontrarse en un estado de inconsciencia; pero con las excepciones que sea necesario admitir, no puede cuestionarse el protagonismo que en principio tiene el paciente sobre unas decisiones que a nadie afecta más que a él mismo [Gafo, 1993].

Existe un unánime rechazo ético a la aplicación de la eutanasia impuesta al paciente terminal sin tener en cuenta su propia opción. Las asociaciones a favor de la eutanasia han

expresado su condena ante tal comportamiento y han subrayado que su opción en favor de tal práctica se basa en la explícita y continuada petición del paciente de que se ponga término a su vida.

Pero indiscutiblemente y tal como lo hacen tales asociaciones, deben buscarse garantías para evaluar la auténtica voluntad del paciente. Debe tenerse en cuenta que en bastantes casos, la petición de eutanasia surge como consecuencia de la fase depresiva que atraviesa el enfermo terminal según la doctora Elisabeth Kübler-Ross, psiquiatra de origen suizo, nacionalizada en Estados Unidos, en su libro *On Death and Dying* (1969), y que le lleva a pedir la eutanasia, sin que se trate de su auténtica y definitiva voluntad, o bien como una forma de solicitar ayuda que nuestra sociedad no sabe prestar a los pacientes próximos a la muerte, o como consecuencia de los dolores insoportables que padece el enfermo, y que tal demanda desaparece cuando se le proporciona un alivio eficaz [Gafo, 1989].

Aunque también existen situaciones en las que el interesado solicita de forma libre, continuada y responsable que se ponga fin a su vida. Desde el punto de vista ético no es fácil argumentar en contra de aquel que, desde una visión no religiosa de la vida, afirma su derecho a disponer de su propia vida en una situación terminal. Cada sector social tendrá sus propias convicciones y tanto las personas que asumen el dolor y la propia muerte desde la perspectiva religiosa y cristiana, como aquellas que afirman la libertad como supremo valor humano desde una comprensión inmanetista de la vida, deben respetarse sus opciones éticas y no caer en la

tentación de las descalificaciones absolutas de aquellas que no coincidan con su propia forma de pensar.

Puede que la auténtica eutanasia sea el remedio más tajante y rápido para resolver todo el proceso de decadencia del enfermo terminal, pero para J. Gafo la auténtica eutanasia no es el mejor remedio para salvaguardar los valores sociales. Lo realmente difícil, lo auténticamente humano, es saber vivir con un problema que no tiene solución; es saber asumir que existen situaciones para las que no hay soluciones terapéuticas pero que exigen de nosotros actitudes mucho menos sofisticadas y costosas: "estar cerca, poder mirar a los ojos del enfermo y apretar su mano...Esto es, saber vivir y convivir con un problema que no tiene solución médica, pero que exige e nosotros una respuesta preñada de humanidad."

La realidad de los "hospices", unidades de dolor, clínicas del dolor y otros cauces de aproximación al paciente terminal están indicando que es posible "vivir" con el problema del enfermo próximo a la muerte sin "resolver" su conflicto y el nuestro por medio de la eutanasia.

Según la definición dada por la Sociedad Suiza de Medicina Paliativa en 1988, "La Medicina Paliativa, comprende todos los tratamientos y cuidados médicos, quirúrgicos y psicológicos, así con el soporte espiritual, destinados a aliviar el sufrimiento y mejorar el confort de un enfermo, cualquiera que sea su diagnóstico y para el que un tratamiento sólo curativo ya es inapropiado".

Entrando en los aspectos más médicos de los cuidados paliativos. En primer lugar hay que distinguir dos situaciones

concretos en las que podemos hallar a los pacientes: la primera, es el paciente tributario de cuidados paliativos. Es aquel paciente que se halla afecto de una enfermedad no curable, y no se trata únicamente del cáncer no operable ni tratable por otros medios; a este paciente los síntomas activos de su enfermedad le producirán no sólo unas demandas físicas, sino también unas demandas psicológicas y sociales, precisará resolver problemas y no podrá hacerlo por sí mismo. Lo más importante en este paciente será que comprenda su situación y la acepte; esto exige primero el control de todos los síntomas.

La segunda situación es la de los paciente en *fin de vida*, cuyo pronóstico vital está próximo a un desenlace en las próximas semanas o en los próximos días. En este punto tiene una importancia capital el control de los síntomas, pero no es menos importante ayudar a la elaboración del duelo, del propio paciente y de sus familiares y allegados.

Durante mucho tiempo, ambas situaciones han tenido en común el deficitario, por no decir en algunos casos nulo, control de la sintomatología acompañante, lo que ha hecho que, por otra parte de todos se experimente miedo a la situación paliativa y al fin de vida.

Este planteamiento de parte de los profesionales no es de extrañar, pues durante muchos años todos hemos sido formados en una filosofía de diagnóstico y tratamiento para la curación. De ahí viene que acercarse al paciente crónico y no curarlo, ver al paciente en fin de vida y no intentar arrancarlo de las garras de la muerte, es valorado por la sociedad y vivido por los profesionales como un fracaso, sin

embargo el enfermo terminal va a necesitar, más que nunca y más que nadie, la asistencia integral en los términos antes expresados.

En cualquier caso, a la hora de legislar sobre la eutanasia, la preocupación central debe tener como perspectiva el bien común y hasta que punto la regulación legal de la auténtica eutanasia va a ayudar a la humanización de la sociedad [Gafo, 1989].

3.3 IMPLICACIONES DEL FARMACÉUTICO EN LA EUTANASIA.

Pero, ¿qué se entiende por eutanasia en Farmacia?. El Código Deontológico elaborado por la Real Academia de Farmacia, en 1991, dice en su artículo 309 (Capítulo IV), que el Farmacéutico deberá negarse absolutamente a colaborar en la facilitación deliberada de la muerte de un enfermo [Real Academia de Farmacia, 1991].

La eutanasia es, por tanto, contraria a la ética farmacéutica y no existen variantes benignas de eutanasia; toda eutanasia es un acto que, por compasivo que pueda ser en sus móviles, quita intencionadamente la vida a un ser humano. La acepción que toma el término eutanasia es la habitual en el campo de la ética profesional.

Sin embargo, cuando los medios terapéuticos de que se disponen no permiten asegurar una mejora que compensen al enfermo de los inconvenientes del tratamiento, con su permiso o del que pueda decidir por él, es lícito, desde el punto de vista de vista ético, renunciar o no instaurar terapias que

prolongarían inútilmente la angustiosa situación del incurable y de sus familiares, según el artículo 31º del Código Deontológico farmacéutico, "el farmacéutico respetará el derecho de todo enfermo a tener una muerte natural y la atenuación del dolor se conciliará con dicho respeto".

También el título VI, relativo a las funciones de los farmacéuticos en los hospitales, al referirse a la dispensación de los medicamentos, prohíbe la dispensación de aquellos fármacos que tenga por objeto provocar la muerte de un paciente, con lo que reiteradamente prohíbe al farmacéutico colaborar en la eutanasia [Real Academia de Farmacia, 1991].

¿En qué medida interviene el farmacéutico en la eutanasia?. El informe final de la Comisión Estatal sobre la eutanasia, constituida en los Países Bajos en 1982 para asesorar al gobierno, dedica el Capítulo 7 de la 1ª Parte que habla de las recomendaciones, a la preparación y dispensación de medicamentos destinados a terminar con la vida.

La Comisión sostiene la opinión que la elaboración y dispensación de preparados farmacéuticos destinados a terminar la vida, debe confiarse a aquellas personas autorizadas para practicar la farmacología, es decir, el farmacéutico, el médico que receta, y los ayudantes farmacéuticos. Para prevenir el mal uso, dichos preparados deberían ser entregados directamente al médico responsable. La Comisión no considera responsabilidad de los farmacéuticos el determinar en cada caso específico si las condiciones para la terminación de la vida o auxilio de suicidio sin sanción legal se han cumplido. Este punto de vista comporta que un farmacéutico no es en

principio responsable penal por una decisión llevada a cabo por un médico. Lo mismo cabe decir del auxiliar de farmacia.

La Comisión entiende que los farmacéuticos no están obligados a suministrar fármacos para poner fin a una vida. Tanto los farmacéuticos como sus auxiliares pueden negarse a cooperar si la preparación y dispensación de tales fármacos les suponen objeción de conciencia.

En nuestro país, el senador Cesáreo Rodríguez-Aguilera, preparó el borrador de un proyecto de Ley que regula la práctica de la eutanasia. Fue a raíz de su entrada en la Asociación por el Derecho a una Muerte Digna, cuando vio la posibilidad de redactar una ley al respecto. Actualmente dicho borrador se encuentra en el Ministerio de Justicia en espera a su presentación ante el Parlamento.

Los derechos básicos que considera, el senador Rodríguez-Aguilera, deben reconocerse en la futura Ley se resumen en los siguientes cuatro puntos;

- "Reconocer el derecho del enfermo a elegir su tratamiento médico y rechazar el que se le proponga sin que esto suponga su alta como enfermo en el centro médico oficial correspondiente, si es que estuviera en él."
- "Reconocer el derecho del enfermo a que no se le apliquen o a que se le retiren, medios o procedimientos que prolonguen artificial o mecánicamente su vida."
- "Derecho a no ser objeto de alimentación forzada."
- "Derecho a que en el caso de enfermedad, daños físicos o psíquicos graves que causen sufrimientos

que le resulten insoportables al enfermo, se le facilite o administre tratamientos paliativos, sedantes, analgésicos, procedimientos quirúrgicos, etc, en cantidad y calidad suficiente, aunque ello no impide o acelere su natural proceso hacia la muerte.

Rodríguez-Aguilera, 1989, puntualiza que el proyecto de ley reconoce la objeción de conciencia.

También en el título V del Código Deontológico farmacéutico (1991) recoge el derecho del farmacéutico a acogerse a la cláusula de conciencia para no dispensar "cualquier tipo de fármaco o utensilios si tiene indicios racionales de que serán utilizados para atentar contra la salud de alguna persona o la propia vida humana" [Real Academia de Farmacia, 1991].

Javier Gafo considera que, ante la eutanasia, existen dos posibles posiciones: el biologismo y la posición calificada como etilista.

McCormick define el biologismo, como una postura enraizada en "una idolatría de la vida", una actitud que ve la muerte como un mal absoluto y sin mitigación, y la vida como un bien absoluto.

Un profesional sanitario que participa de este planteamiento tendrá como estrategia ante el paciente el hacer el máximo esfuerzo posible para preservar y prolongar la vida biológica del enfermo. Esta forma extrema de entender la

praxis médica, puede tener como consecuencia más dramática el llamado "encarnizamiento terapéutico".

En el extremo opuesto estaría la postura etilista, caracterizada por la distinción entre "personalidad" y "humanidad biológica", que lleva a sus representantes a diferenciar entre persona humana real y ser solo biológicamente humano.

Los dos planteamientos en sus formulaciones extremas no pueden aceptarse. El biologismo tiene razón al subrayar que la vida humana es un valor social y constituye intrínsecamente un bien; su valor no depende de su perfección o productividad, ni de consideraciones sociales o extrínsecas. Sin embargo, desde su interpretación extrema el planteamiento biologicista no es aceptable para una ética humanista, que entiende que la vida es un valor importante, pero no un valor absoluto que pueda prolongarse en cualquier circunstancias. El encarnizamiento terapéutico es un indiscutible dis-valor ético, aunque se sigue incurriendo en él por otras razones.

Los defensores de la postura etilista coinciden en afirmar que puede quitarse la vida a seres humanos cuya existencia es frustrante o constituye una carga, ya que se les niega el carácter personal y no se les reconoce la existencia de unos derechos o un estatus moral. Tienen razón al no absolutizar la vida humana, ya que existen valores que pueden equipararse o incluso superar a aquella. La vida es un valor intrínseco, fundamental y fundante de otros valores, pero no es un valor absoluto.

Admitiendo que existen pasos en el proceso de personalización del ser humano a la vez que un valor que tiene en sí todo individuo nacido; sin negar ese carácter humano, siempre queda abierta la pregunta de si es conveniente para tal ser humano la continuación de su existencia.

Es una pregunta que debe hacerse siempre desde la perspectiva del propio ser humano implicado; habrá que cuestionarse hasta que punto la continuación de la vida es un valor para el mismo sujeto, sin poner en primer plano los intereses de la familia, de las instituciones sanitarias o de la sociedad.

CAPITULO 4.

PSICOFARMACOLOGÍA.

4.1. LOS PSICOFÁRMACOS Y EL CONTROL DE LA CONDUCTA HUMANA.

La tecnología médica se puede definir como el conjunto de conocimientos de las ciencias de la salud y otras ciencias afines que se aplican sistemáticamente para la solución de tareas prácticas, o bien el "conjunto de actividades, cada una de las cuales se basa en una combinación de métodos , procedimientos y técnicas que se sirven de ciertos instrumentos de equipo, de sustancias profilácticas, de diagnóstico y terapéuticas, así como de otros elementos necesarios para alcanzar un objetivo concreto" [Parker, 1977].

Básicamente estas tecnologías médicas se clasifican en:

1- Tecnologías de primer orden.

También llamadas de alta tecnología, "son el resultado de una clara comprensión de la enfermedad, de su etiología, y de los mecanismos que hacen posible la prevención o el tratamiento causal".

Ejemplos de ellas son los métodos que se disponen para la inmunización de la difteria, la tos ferina, el uso de antibióticos y quimioterápicos en las infecciones bacterianas, la capacidad de combatir la sífilis y la tuberculosis, el

tratamiento de desórdenes endocrinos con hormonas adecuadas, el tratamiento y prevención de desórdenes nutricionales, la prevención de la enfermedad hemolítica del recién nacido, etc.

2- Tecnologías de segundo orden.

Son tecnologías que aún están en fase de desarrollo y que son muy prometedoras en un corto período de tiempo. Todas ellas plantean problemas en ética y entre ellas están: las tecnologías inmunológicas, las genéticas, las psicofarmacológicas, etc.

3- Tecnologías de tercer orden.

En este grupo existe una ausencia de tecnología eficaz para el tratamiento de enfermedades tales como la artritis reumatoides, la esclerosis múltiple, la cirrosis avanzada, la apoplejía, etc. [Abel, 1985].

Vamos a referirnos a la terapéutica psicofarmacológica. La psicofarmacología es la rama de la farmacología que estudia los fármacos que actúan sobre los procesos emocionales y mentales, modificando la actividad psíquica. Este grupo constituye uno de los de más venta porque los trastornos psíquicos afectan a un alto porcentaje de la población.

El nacimiento de la psicofarmacología con los neurolepticos, antidepresivos, ansiolíticos, el litio, etc., y la psicobiología que permite analizar bajo el ángulo bioquímico el funcionamiento del cerebro normal y patológico, constituye una revolución y un reto a los planteamientos dinámicos en el enfoque de las psicosis. Este junto con los avances conseguidos en el campo de psicocirugía, nos permite aventurar que está al alcance del hombre modificar el comportamiento humano y la misma capacidad de elección mediante la bioquímica y la cirugía [Abel, 1985].

El cerebro es el centro de la vida y de la actividad humana. Su conocimiento científico puede beneficiar en gran medida a la especie humana, pero a través de la exploración del cerebro es posible llegar también a su control y manipulación de la conducta humana. Esta posibilidad suscita enseguida grandes interrogantes ¿hasta qué punto es posible este tipo de intervenciones?, ¿es lícito, la modificación del propio comportamiento? [Alburquerque, 1992].

En algunos países se recomienda la utilización de neurolépticos como el benperidol en el manejo de delincuentes sexuales, debido a la potente disminución del impulso sexual que produce [Foz, 1987].

También, el Comité Nacional de ética en Francia, ha dado su visto bueno para tratar químicamente a los condenados por agresiones sexuales graves, principalmente con Acetato de cyproterona y Tryptorelina. Ambas sustancias presentan como unos de sus efectos colaterales la disminución de la libido. Este órgano consultivo recomienda que se haga un seguimiento riguroso para evaluar la eficacia real de estos tratamientos, y siempre con el consentimiento escrito del condenado.

¿Es legítimo intervenir en conductas desviadas y anormales? El Código Deontológico Farmacéutico elaborado por la Real Academia de Farmacia en 1991, hace referencia a la responsabilidad del farmacéutico en el campo de los fármacos psicotropos en cuanto pueden ser modificadores del psiquismo: "El farmacéutico no utilizará de modo caprichoso o irresponsable los progresos científicos relativos a fármacos psicotropos, modificadores del psiquismo, que puedan incitar

manipulaciones en deterioro de la personalidad humana" [Real Academia de Farmacia, 1991].

Actualmente, la utilización de los psicofármacos es masiva en orden a superar diversos problemas como la ansiedad, tensión nerviosa, depresiones psíquicas y los neuropléticos como tranquilizantes en algunas psicosis.

A medida que se avance en la exploración y conocimiento del cerebro tanto más fácil será poder influir con fármacos en él. La opinión generalizada juzga lícito el empleo de estos fármacos con una finalidad terapéutica; no parece posible rechazar el uso de estos medicamentos que puedan moderar comportamientos desviados, aliviar angustias y ayudar a superar crisis. De hecho, a esta terapia se debe la recuperación de muchos sujetos y su re inserción en la sociedad.

Pero sin negar su licitud y conveniencia, es necesario llamar la atención sobre la diferencia entre el uso y el abuso. Tendemos a una sociedad supermedicamentada y el peligro está en convertir al fármaco en la única solución a los problemas que la vida presenta: hacer de él la respuesta para estimular y calmar, para elevar el rendimiento y trabajar con eficacia, para descansar y dormir.

En este sentido debemos hacer notar el consumo desmesurado que está teniendo últimamente el Prozac o familiarmente llamado "píldora de la felicidad". ¿Estamos ante la medicina milagrosa o la legalización del consumo masivo de drogas?. Al principio, sólo los psiquiatras recetaban Prozac, y sólo para la depresión. Ahora lo recetan los médicos

generales para el mal humor, la obesidad y hasta la eyaculación precoz.

El prozac se ha convertido en un auténtico fenómeno social hasta tal punto que en la mayoría de las cenas o reuniones privadas sale a relucir en la conversaciones este medicamento. Tanto es así que los médicos comienzan a alertar sobre el consumo incontrolado del producto.

El éxito del libro "Listening to Prozac" (Escuchando al Prozac), escrito por el doctor Peter Kramer para exponer las maravillas del medicamento, ha sido una de las claves de la expansión del uso del Prozac. Según él, los pacientes tratados con el medicamento son más felices, muestran un carácter más calmado, se relacionan mejor, son más tolerantes, más solidarios, menos ambiciosos y desarrollan mayor interés por el medio ambiente y por la actividad sexual.

La periodista Elizabeth Wurtzel, conocedora de el fenómeno por su experiencia como consumidora del medicamento y de otros muchos productos químicos -como el litio- para apelar sus continuos achaques depresivos, ha contado su experiencia personal en un libro editado en España por Ediciones B con el título de "Nación Prozac".

Desde que el Prozac se introdujo el mercado en 1988, seis millones de personas son consumidoras habituales en Estados Unidos y cuatro millones lo toman en el resto del mundo. El año pasado la facturación del Prozac en España fue de 3500 millones de pesetas.

La profesión médica está dividida: unos hablan de su eficacia contra la depresión y otros avisan de que los efectos secundarios y los problemas a largo plazo no están suficientemente estudiados. Lo cierto es que se ha creado un

mito alrededor del Prozac, si bien, todos coinciden en alertar a la opinión pública sobre el abuso incontrolado del medicamento. Su uso indiscriminado para "animarse" propiciado por la campaña de que está siendo objeto puede conducir a lamentaciones en el futuro [Parra, 1995].

Desde el punto de vista ético, no solo hay que intentar superar la banalización de los psicofármacos, sino que también hay que tener en cuenta el riesgo de dependencia que lleva consigo el uso excesivo.

En realidad, la utilización desmedida de psicofármacos significa un empleo que va más allá de la orientación terapéutica, según E. Albuquerque, y entonces su posible ilicitud, viene determinada por las motivaciones que llevan a su empleo y las posibles consecuencias [Albuquerque, 1992].

Quizás, el aspecto más alarmante de la utilización de psicofármacos, es que esta terapia puede suponer una amenaza contra la integridad humana. Las posibilidades de controlar la identidad personal mediante la manipulación del cerebro puede suponer una amenaza *muy peligrosa* y de aquí provienen las verdaderas y profundas reservas morales. Pero al mismo tiempo hay que señalar que todo esto no puede impedir el proceso del avance científico. No se trata de prohibir el conocimiento, sino de regular su uso y eliminar los abusos y desmanes [Albuquerque, 1992].

El hombre es un ser dotado de dignidad, distinto y superior a cuanto le rodea, con unas características tan denotativas de su ontologicidad, como la racionalidad, la libertad y la sociabilidad. Esta triple capacidad de conocer,

de decidir y de relacionarse con sus semejantes, le confirma en su primacia sobre el resto de los seres vivos y de las cosas, le dicta tratar con respeto a los demás y a exigir ser tratados con el mismo respeto y le sirve de acicate para avanzar humanamente.

El hecho de poder profundizar en el conocimiento del cerebro, constituye una magnífica expresión de lo que es capaz de alcanzar la comprensión del comportamiento humano ya que este está en función de aspectos inmateriales o espirituales, o bien factores culturales, sociológicos o ambientales.

Las repercusiones en beneficio del hombre puede derivarse de esta labor investigadora será sin duda de inusitado alcance. La cuestión estará una vez más no en el descubrimiento sino en su aplicación, no en el hallazgo sino en su utilización.

Efectivamente, el conocimiento del cerebro humano pudiera conducir en función de su buena o mala aplicación, a resolver trastornos psíquicos, superar depresiones, aliviar angustias y ansiedades, corregir conductas anormales o bien desencadenar cambios tan esenciales en el hombre, como pudiera ser eliminar su libertad, predeterminando sus conductas, en favor del plan establecido .

No hablamos en término de ciencia ficción o utopía, ya la historia, en otras épocas y con otros medios, da testimonios de tales intentos [Porrás del Corral, 1994], así ¿cómo calificar la lobotomía sistemática -en los Estados Unidos, durante la década 50/60- de cuarenta mil enfermos mentales?.

Ya el mismo Tiopental sódico, se utilizó masivamente durante la Segunda Guerra Mundial como "suero de la verdad", al objeto de manipular la conciencia del individuo sobre el que se administraba.

Una comunicación del cronista Fontanella recordaba que la CIA invirtió 25 años y otros tantos millones de dólares en el programa Pájaro azul (denunciado por el New York Times, en 1977) sobre procedimientos científicos para controlar la mente (Previsión 66, 1993).

Por ello, el principio a tener en cuenta a la hora de legitimar la investigación sobre el cerebro y en general cualquier estudio científico referente al ser humano, es la dignidad, sin ella faltaría el referente ético esencial, que emana del respeto que todo ser humano merece por su mera y simple condición -por ser "persona" y no "cosa" y exigir no ser tratado como si fuera un objeto de propiedad-, y se manifiesta en el respeto a sus derechos humanos.

La dificultad estaría, pues, en implantar una conciencia donde los valores éticos, el respeto a la dignidad humana y la inviolabilidad de los derechos humanos triunfen sobre los intereses económicos, políticos o de cualquier otro género [Porrás del Corral, 1994].

CAPITULO 5

EL DOLOR.

5.1. CONSIDERACIONES GENERALES DEL DOLOR.

Larrey, cirujano de campaña de Napoleón, describía en sus memorias, el tipo y la gravedad de cada herida pero no hacía alusión alguna al dolor. "En este contexto -escribió Ferdinand Sanerbruch, en su clásico *EL Dolor*- se manifestaba una actitud opuesta a la que hoy es corriente. Entonces no era necesario nombrarlo, porque el dolor estaba presente en cada caso y se lo consideraba natural. Hoy, a consecuencia de los progresos de la civilización, se ha producido un incremento general de la sensibilidad, que vuelve más insoportable al dolor". Del ser indoloro de Larrey a las clínicas especializadas en eliminar el dolor media algo más de un siglo [Caballero, 1993].

Nadie deja de ver en el dolor orgánico un síntoma utilísimo en el sentido de que orienta la atención y los cuidados hacia la causa del mal (lesión, trastornos o desarreglo funcional, infección) con el fin de eliminarlo o de evitar al menos que empeore así como también suprimir o disminuir el dolor.

El dolor, tanto si es debido a una realidad objetiva como si esta es meramente supuesta, no deja de repercutir en el componente psicológico del ser humano dando lugar al sufrimiento, y este supone una disminución del bienestar, entendido este como conjunto de sensaciones fisiológicas y psicológicas que le permiten a la persona vivir a gusto.

Hoy en día la salud se ha convertido en un derecho ciudadano y el bienestar forma parte de ella por eso lo menos que puede reivindicar el enfermo es la ausencia o la disminución del dolor [Cuyás, 1991].

Es importante subrayar desde el principio un concepto clínico fundamental. El dolor clínico debe ser dividido en dos categorías: agudo y crónico.

El dolor de comienzo brusco que es causado por lesión traumática o por enfermedad sistemática se denomina dolor agudo. En su forma sintomática, el dolor agudo ejerce una importante función biológica: avisa al individuo y le pone en guardia de que algo anda mal y por lo tanto debe buscar ayuda médica. Este dolor agudo es de gran utilidad para el diagnóstico.

La mayoría de los problemas relacionados con este tipo de dolor pueden ser controlados adecuadamente con fármacos, anestésicos inhalatorios, bloqueos nerviosos u otro tipo de tratamiento. El dolor en su forma crónica no tiene ningún valor biológico, no tiene utilidad para el paciente ni sirve a un propósito; actúa como un proceso maléfico sometiendo al individuo a un estado de estrés emocional, físico y económico, así como a su familia y a la sociedad.

En general, cualquier situación dolorosa que no responde a los medios terapéuticos convencionales y dura de seis meses en adelante, es considerado dolor crónico.

Desde el punto de vista práctico, algunos autores dividen el problema del dolor crónico en dos tipos:

-dolor crónico benigno, en el que los síntomas del dolor están relacionados con un problema orgánico que no es progresivo y no representa una amenaza para la vida del individuo.

-dolor crónico maligno, está asociado con enfermedades potencialmente terminales o fatales, siendo el ejemplo típico el dolor que acompaña a los cuadros neoplásicos.

Desde el punto de vista terapéutico, conviene señalar las diferencias entre dolor agudo transitorio y síndromes dolorosos crónicos.

El dolor agudo, generalmente se debe a causas externas o internas que son deletéreas al organismo, tal y como ocurre con accidentes, traumas, causas quirúrgicas, viscerales, neurológicas, vasculares, infecciones, trastornos musculoesqueléticos, etc., que dan lugar a una estimulación nociva que irrita las terminaciones nerviosas. Estas inician una serie de impulsos que provocan una respuesta o reacción contribuyente al proceso de adaptación y al restablecimiento de la homeostasis.

Los factores desencadenantes pueden ser:

1- "Reacción local histica en el lugar de la estimulación. Los signos que la acompañan suelen ser:

inflamación, dolor local y la presencia de un estado de irritación local".

2-"Reacción a niveles de integración segmentaria, incluyendo estructuras neuronales hasta el mesencéfalo, que se manifiestan, por espasmos del músculo liso, por hiperactividad glandular, con respuestas de tipo involuntario como enrojecimiento facial, sudoración, micción, defecación y otras".

3-"Reacción a niveles suprasegmentarios, incluyendo el mesencéfalo, los ganglios basales, el hipotálamo, el tálamo y la corteza cerebral, que se manifiesta por respuestas adaptativas altamente integradas pero todavía involuntarias, como respuestas respiratorias, cardiovasculares y los movimientos voluntarios".

4-"Reacción a niveles integrativos que envuelven la corteza cerebral, manifestada por la fenomenología de la sensación dolorosa, y respuestas complejas psicofisiológicas".

En función de la intensidad, lugar, duración del estímulo y condiciones normales, cuanto mayor es la intensidad del estímulo mayor es la respuesta".

En el caso de los estados dolorosos crónicos, las causas o mecanismos se pueden clasificar desde el punto de vista terapéutico en:

1- "Estímulos nocivos persistentes a nivel periférico en los cuales se incluyen una serie de factores como: alteraciones crónicas musculoesqueléticas, viscerales o neurológicas (artritis, neoplasias, úlceras pépticas, enfermedades coronarias, hernias de disco, etc.). En estos casos es frecuente que el dolor y las respuestas que lo acompañan (espasmos musculares, dolor, hiperactividad

simpática) están localizados a distancia del lugar de la lesión o estimulación; es lo que se denomina *dolor referido*, que en caso de deberse a enfermedad visceral tienen una distribución que se proyecta sobre dermatomas conocidos, mientras que el dolor referido secundario a estimulación somática profunda no sigue una distribución metamérica".

2- "Respuestas reflejas persistentes, debidas a traumas o enfermedades caracterizada por la hiperactividad simpática, vasoconstricción, isquemia local y acumulación de metabolitos, los cuales son a su vez punto de partida de una nueva estimulación nociva, iniciando así y perpetuando el círculo vicioso del dolor descrito por Living-Ston. Probablemente, éste es el mecanismo de la causalgia y otros cuadros de distrofia simpática refleja, dando lugar a una actividad espontánea y prolongada a diferentes niveles del neuroeje que afecta a una gran serie de circuitos neuronales, produciendo una afección difusa.

3- "Por último, el estrés emocional activa los mecanismos psicofisiológicos que dan lugar a espasmos musculares, vasoconstricción y alteraciones viscerales, que conducen a una isquemia local hística con activación de metabolitos que son a su vez origen y punto de partida de nuevas estimulaciones nocivas que provocan las respuestas somáticas que ya se han mencionado".

Junto con otros mecanismos periféricos se encuentran también las enfermedades crónicas del neuroeje, las cuales darían lugar a los cuadros de dolor central. En este grupo se incluye el dolor talámico, la neuralgia del trigémino y del glosofaríngeo, la neuralgia postherpética y la crisis laucinantes de las tabes dorsal. Una vez que se ha

establecido el diagnóstico y el mecanismo del dolor, el tratamiento debe ser planeado cuidadosamente [Madrid, 1991].

5.2. ASPECTOS ÉTICOS DEL USO DE DERIVADOS MORFÍNICOS.

La forma de sobrellevar el dolor ha aureolado con notable valor humano a distintas personalidades.

En el IX Congreso Nacional de la Sociedad Italiana de Anestesiología, celebrado del 15 al 17 de Octubre de 1956, el Papa Pío XII en respuesta a la pregunta sobre la obligación moral general de rechazar la analgesia y aceptar el dolor físico por espíritu de fé, afirmó: "...el cristiano tiene la obligación de mortificar su carne y de trabajar en su purificación interior, porque es imposible a la larga evitar el pecado y cumplir fielmente todos los deberes si se rehuye este esfuerzo de purificación y mortificación. Si el dominio de sí y de las tendencias desordenadas no se puede adquirir sin la ayuda del dolor físico, éste se convierte en una necesidad que es menester aceptar; pero si no se requiere para este fin, no se puede afirmar que en este punto hay un deber estricto. El cristiano no tiene nunca la obligación de aceptar el dolor por el dolor; debe considerarlo como un medio más o menos apto, según las circunstancias, al fin que se pretenda" [Pío XII, 1956].

Para algunos autores, entre ellos M. Cuyás, la madurez y calidad humana con que diversas personalidades supieron soportar el dolor en circunstancias particularmente angustiosas se debe al sentido de la propia dignidad.

Toda posibilidad de convertir el dolor en fuente de perfección moral presupone dos condiciones:

1- La voluntad de sufrir, aunque no hubiese en ella más libertad que la de aceptar lo ineludible, y 2- motivaciones nobles, conocibles solamente a la luz de la fé.

En definitiva esta consideración del dolor solo es posible a la luz de la fé, sin embargo no todas las personas asumen el dolor desde la perspectiva religiosa y cristiana.

Por otra parte el dolor, sobre todo cuando es intenso y/o prolongado, tiende a concentrar en él la atención del paciente y a provocar secuelas éticas en el sentido de que disminuye y elimina el interés por lo demás pudiendo dar lugar a una regresión psicológica; "Todo el hombre puede acabar atenazado e invalidado por el dolor. Esto impide con frecuencia la obtención de bienes e intereses superiores."

Por ello, no solo cuando resulta imposible o bien no se desea asumir personalmente un padecimiento, sino también cuando impide éste la conveniente expansión personal y social del individuo, debe ser combatido [Cuyás, 1991].

El Código Deontológico Farmacéutico (1991), elaborado por la Real Academia de Farmacia, en el título IV hace referencia al deber del farmacéutico de colaborar en la atenuación del dolor, conciliando ese deber con el derecho del paciente a una muerte natural [Real Academia de Farmacia, 1991].

El tratamiento del dolor con fármacos se basa en la llamada "escalera analgésica". El primer peldaño de esta escalera consiste en utilizar un analgésico no opiáceo. Si éste, en la dosis y con la frecuencia recomendada no alivia el

dolor habrá que añadir un medicamento del grupo de los opiáceos débiles. Si tampoco alivia el dolor la combinación del no opiáceo con el opiáceo débil se utilizará un opiáceo potente. Si existe indicaciones específicas se añadirán medicamentos coadyuvantes a los opiáceos y no opiáceos [O.M.S., 1987].

5.3. ASPECTOS ÉTICOS DE LA ANALGESIA PROFUNDA.

En algunas ocasiones el alivio del dolor solo se consigue mediante la anestesia total o una narcosis tal que lleve al paciente a un profundo adormecimiento.

M. Cuyás considera que reducir el dolor a base de disminuir la conciencia conlleva siempre alguna deshumanización. Tanto el dolor por el bloqueo psíquico, el desespero y la paralización; como la anestesia y la narcosis por la alineación y la inconsciencia que conllevan, deshumanizan. Uno y otro extremo impiden el control humano de las vivencias, condición esta necesaria para el progreso ético. Por tanto la dosis éticamente aceptable será aquella que consiga el mínimo dolor con la máxima conciencia.

Y en el caso de enfermos terminales, la preocupación por evitar el encarnizamiento terapéutico no debe llevar, según M. Cuyás, "a despachar a los desahuciados, sumidos en profunda anestesia, antes de que hayan asumido conscientemente el advenimiento de la muerte. Para evitarles una muerte indigna, se les privaría así del derecho a vivir su propia muerte. El peligro proviene de centrar de tal manera la preocupación en las perturbaciones biológicas, con el fin de hacerlas

indoloras y de ocultar al interesado sus consecuencias, que se pierde de vista el interés de su persona integralmente considerado" [Cuyás, 1991].

Sin embargo, cuando existen verdaderas razones médicas y humanas para sumir a un determinado enfermo terminal en un profundo sueño es ilícito no hacerlo y así lo manifestaba Su Santidad Pío XII en el IX Congreso Nacional de la Sociedad Italiana de Anestesiología, cuando un grupo de médicos la habían planteado esta pregunta: "¿La supresión del dolor y de la conciencia por medio de narcóticos... está permitida al médico y al paciente por la religión y la moral (incluso cuando la muerte se aproxima o cuando se prevé que el uso de narcóticos abreviará la vida)?". El Papa respondió: "Si no hay otros medios y si, en tales circunstancias, ello no impide el cumplimiento de otros deberes religiosos y morales: sí".

Es muy importante según la doctrina cristiana que los hombres no sólo puedan satisfacer sus deberes morales y sus obligaciones familiares, sino también y sobre todo que puedan prepararse con plena conciencia al encuentro con Cristo.

Por eso Pío XII, afirmó que "no es lícito privar al moribundo de la conciencia propia sin grave motivo" [Pío XII, 1956].

Para quien contempla los padecimientos desde la cruz del Salvador estos adquieren pleno sentido, sin embargo existen personas que desde una visión distinta de la vida ven los sufrimientos y padecimientos como algo inútil que pueden y deben ser evitados.

La Farmacopea actual dispone de numerosos analgésicos más o menos potentes que van a contribuir a aliviar el dolor del enfermo. El farmacéutico como primer especialista del medicamento de contribuir a paliar el dolor del enfermo facilitando la dispensación de los mismos así como la información suficiente sobre su utilización, siguiendo un plan terapéutico que tienda a la utilización del analgésico más potente y menos tóxico y a la mínima dosis posible, siempre que la calidad de vida se mantenga. Hay que tener en cuenta que recientemente se han introducido fórmulas para la propia automedicación del paciente. La evaluación de dichas fórmulas se irá haciendo en los últimos años.

CAPITULO 6. MEDICACIÓN EN GRUPOS DE RIESGO.

6.1. CONSIDERACIONES GENERALES DE LOS GRUPOS DE RIESGO.

Tanto la farmacocinética como el efecto farmacológico de un fármaco se pueden ver modificados en determinadas patologías o estados fisiológicos. Nos estamos refiriendo a alteraciones cardíacas, hepáticas y renales o bien a la utilización de medicamentos en pediatría, geriatría, embarazo o durante la lactación.

Desde el punto de vista sanitario y en relación al uso seguro y eficaz de los medicamentos un *grupo de riesgo* puede definirse como "un conjunto de individuos en el que concurren alguna circunstancia (o más de una), patológica o no, que condiciona que la administración de los mismos sea especialmente comprometida, hecho que debe traducirse en un cuidado máximo en la prescripción y vigilancia de los tratamientos farmacológicos" [Herrera, 1993].

De forma general puede decirse que existen dos tipos de grupos de riesgo:

19. Grupos de riesgo, constituidos por individuos con algún tipo de patología asociada, que repercute en la respuesta farmacológica y clínica.

En este primer grupo entrarían los enfermos que padecen insuficiencia renal crónica o terminal, sometidos o no a hemodiálisis, u otras técnicas de depuración artificial; enfermos con insuficiencia hepática y enfermos con insuficiencia cardíaca.

20. Grupos de riesgo, constituido por sujetos que no padecen ninguna patología esencial asociada pero que se caracterizan por alguna circunstancia fisiológica concreta. En este grupo también se incluyen individuos definidos por unas peculiaridades genéticas singulares [Herrera, 1993].

Se ha comprobado que existen una serie de factores fisiológicos y patológicos que van a afectar a los procesos farmacocinéticos de los medicamentos y como consecuencia a la intensidad y duración del efecto farmacológico. Así la absorción de determinados grupos terapéuticos puede verse modificada en el recién nacido, especialmente en el prematuro, durante el embarazo y en el anciano debido a alteraciones en el pH, motilidad intestinal, etc., si la administración es por vía oral, o bien por alteraciones en el flujo sanguíneo si la administración es por vía intramuscular o subcutánea.

También determinadas patologías digestivas, vómitos, diarrea, que van a alterar el tiempo de estancia en el aparato digestivo o la superficie de contacto, etc., van a modificar la absorción por vía oral. Por vía intramuscular o subcutánea son importantes las alteraciones que origina la insuficiencia cardíaca o el "shock", por reducción del flujo sanguíneo.

La difusión del fármaco a los tejidos, que es donde se encuentran los sitios activos, va a estar limitada por la fijación del fármaco a las proteínas, por lo que ésta va a influir en la intensidad de la acción de los fármacos. Así mismo la eliminación de los fármacos también va a depender de la unión del fármaco a las proteínas y, por tanto sobre la duración de la acción.

Pero la fijación del fármaco a las proteínas del plasma puede sufrir alteraciones debido a factores fisiológicos o patológicos. En el niño, embarazo, enfermedades renales como el síndrome nefrótico, o en algunas enfermedades hepáticas, se produce una disminución de la concentración de proteínas lo que conlleva una disminución de la concentración de fármaco.

En estos casos, la intensidad y la duración de la acción farmacológica se pueden ver afectadas por la disminución de la concentración de proteínas.

Por otra parte, el patrón normal de distribución de los fármacos a los tejidos también se puede alterar en determinadas patologías, como sucede con la distribución ósea en presencia de artrosis y osteoporosis, o como sucede en la enfermedad renal.

Las repercusiones que tienen las variaciones en la unión a las proteínas del plasma sobre las concentraciones tisulares de los fármacos y, por tanto, sobre la intensidad de los efectos, dependen no solo del grado de unión a las proteínas sino también del volumen de distribución, que se puede definir como la relación existente entre la cantidad total de fármaco administrado y la concentración plasmática del fármaco.

En algunas patologías como enfermedades cardiovasculares o en el "shock", la disminución del flujo sanguíneo disminuye el acceso a los tejidos y por tanto el volumen de distribución.

De los cuatro procesos cinéticos, es la biotransformación la que más sometida se encuentra a la acción modificadora de muy diversos factores, como la edad; factores genéticos como el sexo y el control genético de la dotación enzimática; fisiológicos, como el embarazo; ambientales, en función de la exposición a contaminantes ambientales; dietéticos; estados patológicos, como la insuficiencia hepática; interacciones con otros fármacos capaces de modificar el metabolismo.

Con respecto a la edad, la capacidad biotransformante del feto va aumentando a lo largo de la vida intrauterina, y es susceptible de ser influida por agentes estimulantes o inhibidores. En el momento del parto, la capacidad biotransformante es todavía claramente inferior a la del adulto. En las primeras semanas de vida extrauterina sigue aumentando la capacidad biotransformante y a la inmadurez metabólica se debe sumar la inmadurez renal, por lo que el riesgo de intoxicación es evidente.

En el anciano también existe una menor capacidad biotransformante debida en parte a la disminución de la dotación enzimática en el hígado, y en parte a la reducción del flujo hepático. A esto se debe sumar la reducción renal que existe en la mayoría de los ancianos. Ambos factores contribuyen a aumentar la vida media biológica del fármaco, y el riesgo de acumulación tóxica.

En la enfermedad hepática, la deficiente función del parénquima hepático y las alteraciones en el flujo sanguíneo a través del órgano influyen en la velocidad con que un fármaco es secuestrado y metabolizado, y por tanto en su velocidad de eliminación, vida media y biodisponibilidad.

Una de las principales vías de eliminación de los fármacos es la vida renal. Los mecanismos de filtración y secreción renal no permanecen inalterables a lo largo de la vida sino que sufren modificaciones que repercuten en la velocidad de eliminación de los fármacos y, por tanto, en los niveles plasmáticos. En el recién nacido y durante el primer mes de vida, la filtración y secreción están fuertemente disminuidas por insuficiencias del desarrollo; igualmente la evolución fisiológica de la edad influye en la reducción de la función renal en el anciano: a los 65 años, la filtración está reducida en un 30% aproximadamente. En el embarazo aumenta el aclaramiento renal de algunos fármacos hasta un 50%, por aumento del flujo sanguíneo y de la función glomerular renal. La insuficiencia renal reduce la constante, K_e , y alarga la vida media de eliminación de aquellos fármacos cuya principal vía de eliminación es la renal, lo cual redundará en un aumento de los niveles plasmáticos y del riesgo de toxicidad. Este riesgo será tanto mayor cuanto más intensa sea la insuficiencia de los mecanismos de excreción y cuanto menor sea el índice terapéutico del fármaco.

En el caso de enfermos sometidos a diálisis, es frecuente que estos enfermos estén tomando diversos fármacos para tratar su enfermedades intercurrentes (p. ej., antibióticos, psicofármacos). Por lo tanto, nos encontramos con una situación caracterizada por la presencia de insuficiencia

renal crónica, que repercute en la acumulación progresiva del fármaco en el organismo.

Durante el embarazo, los fármacos administrados a la madre gestante pasan a la circulación fetal principalmente a través de la placenta.

Dentro del feto, los fármacos se distribuyen de acuerdo con las características de los tejidos fetales, para cada etapa de la organogénesis. Las consecuencias de la presencia del fármaco en los órganos fetales son:

a) Pueden afectar negativamente la organogénesis, de acuerdo con la secuencia de ésta y el momento en que el fármaco actúa: (*teratogénesis*). También puede afectar al crecimiento intrauterino y provocar el nacimiento de niños de bajo peso.

b) Pueden alterar las funciones del feto, induciendo efectos parecidos a los que produce en el organismo ya nacido: acciones en el corazón, en la actividad del sistema nervioso, etc.

c) Puede inducir modificaciones persistentes; p. ej., creación de farmacodependencia en fetos de madres heroínómanas, alcohólicas.

d) Pueden provocar alteraciones patológicas que aparezcan tardíamente durante la vida extrauterina; p. ej., aparición de cáncer uterino en mujeres de 20 años cuyas madres habían recibido dietilestilbestrol durante el embarazo.

e) Pueden ejercer acciones terapéuticas; p.ej. inducción enzimática en el feto mediante administración de sustancias que aceleren la maduración pulmonar en prematuros; posibilidades de influir sobre enfermedades genéticas diagnosticadas durante el embarazo.

Durante la lactación existe la posibilidad que se puede transferir fármacos al lactante, en el que pueden producir reacciones adversas debido a su menor peso y a su menor capacidad de eliminar y metabolizar los fármacos.

La gravedad de los efectos que pueden producir en el niño los fármacos que pasan en la leche depende, de la concentración que alcance en la leche, la cantidad de leche ingerida, la dificultad del lactante para eliminarlos, y la toxicidad de los productos.

Se consideran especialmente peligrosos el alcohol, los fármacos antitiroideos, el iodo radiactivo, el litio, el cloranfenicol y los fármacos anticancerosos; en estos casos será preciso prescindir de la lactancia materna. Deberá tenerse una *actitud vigilante y previsor*a cuando se administre: isoniacida, sulfamidas, meprobamato, difenilhidantoína, cafeína, teofilina, salicilatos en forma crónica, alcohol, barbitúricos, nicotina, antimaláricos. A veces, aunque difundan cantidades pequeñas pueden ser suficientes para iniciar sensibilización: caso de las penicilinas [Florez, 1987].

6.2. IMPLICACIONES ÉTICAS DE LA UTILIZACIÓN DE FÁRMACOS EN GRUPOS DE RIESGO.

El papel sanitario del farmacéutico en la utilización de medicamentos en grupos de riesgo se hace cada vez más esencial.

El farmacéutico no es un mero preparador de fármacos ni un simple dispensador de medicamentos; es un asesor sobre el uso de medicamentos y verifica el acto médico con objeto de garantizar el acto de la prescripción; es el profesional del medicamento y como tal debe colaborar en proporcionar una información adecuada al paciente sobre un medicamento cuando observe alguna irregularidad como la presencia de determinados factores fisiológicos o genéticos en el paciente, o bien algunas circunstancias patológicas que van a condicionar que la administración de los medicamentos sea especialmente comprometida.

La definición clásica de medicamentos es la de un producto que sirve para diagnosticar, curar o aliviar una enfermedad. Para que una sustancia sea considerada como medicamento se requiere por tanto:

- que el sujeto a quien se aplica tenga una enfermedad beneficiable por la actividad del fármaco.
- que el fármaco se dé a las dosis convenientes ,y
- que el enfermo no padezca otro trastorno que pueda ser perjudicado gravemente por el fármaco.

Estos tres aspectos responden, según Melgar Riol, a los conceptos de:

- 1- Indicación.
- 2- Dosificación.
- 3- Contraindicación.

Es por ello, que la utilización de medicamentos en grupos de riesgo requiere un cuidado máximo en la prescripción y vigilancia de los tratamientos farmacológicos. Por eso, el farmacéutico tiene la obligación de informar acerca de la

acción positiva o negativa que va a ejercer el medicamento en aquellos individuos incluidos en algún *grupo de riesgo*; es necesario en estos casos, valorar la situación en función del binomio "beneficio/riesgo", lo que supone elegir el fármaco de menor potencial tóxico y la menor dosis permitida [Melgar, 1993].

En la mayoría de los casos estos pacientes desconocen las implicaciones y problemas a que pueden dar lugar la utilización de determinados grupos terapéuticos, y corresponde al farmacéutico la obligación de "facilitar al enfermo la correcta medicación", con información y asesoramiento de su precisa utilización. Y además, siempre que lo estime oportuno le aconsejara que consulte con el médico [Titulo V, art.46. Real Academia de Farmacia, 1991].

La información facilitada por el farmacéutico, principalmente a nivel extrahospitalario (oficina de farmacia, Centro de salud, Atención Primaria, etc.), debe incluir diversos aspectos como indica la Agrupación Farmacéutica de la Comunidad Europea. Estos aspectos son:

- El correcto uso del medicamento (vía de administración, efectos deseados e indeseados, posibles interacciones, duración del tratamiento , etc.).

- La información del medicamento debe ser personal y no generalizada. En este sentido hay que destacar que la relación farmacéutico/paciente deben estar presidida por un clima de respeto a la dignidad de la persona, base de una actuación profesional humanizada. Pero no debe reducirse el papel del farmacéutico al de informador del medicamento, con toda la importancia que este aspecto tiene, sino que sería deseable

posibilitar la integración de las actividades preventivas con las asistenciales en el trabajo cotidiano [Arrebola, 1994].

CAPITULO 7.

ANTICONCEPTIVOS ORALES Y ABORTIVOS.

7.1. CONSIDERACIONES GENERALES.

La responsabilidad legal de los medicamentos desde siempre ha recaído en el farmacéutico, de forma, que aunque su misión sanitaria no es resolver problemas de diagnóstico o de tratamiento, en ocasiones debe tomar decisiones referentes a la dispensación de los fármacos.

Cualquier acto profesional tiene un valor ético por ser un acto humano. El farmacéutico no puede actuar de forma pasiva; debe aplicar además de sus conocimientos científicos sus criterios éticos a la hora de tomar una decisión libre y responsable.

La relación entre el que solicita los remedios y el farmacéutico debe ser algo más que una simple transacción comercial [Melgar, 1993].

Hay que tener en cuenta que el hombre es un ser social, lo cual comporta una variada red de relaciones interpersonales que ponen de manifiesto el hecho de que cada persona necesita de la ayuda de otras para su perfeccionamiento y para el

desarrollo de su trabajo. Esto supone que cada persona es moralmente responsable no solo de sus propios actos en si mismos considerados, sino también en cuanto esos actos influyen en la actividad buena o mala de los demás [Monge, 1991]. Por lo tanto, no basta con que una persona obre el bien en una determinada acción, por ejemplo dispensar un medicamento (servicio), sino que además debe evitar que sus acciones buenas puedan ser ocasión o medio para que otros obren mal en perjuicio de su salud o la de otro.

Es la obligación moral de cooperar al bien y de evitar la cooperación al mal mediante una acción que en principio es buena.

Los medicamentos están para ayudar a restablecer la salud, de forma que siempre se ha definido el medicamento como un producto que sirve para diagnosticar, curar o aliviar una enfermedad. En 1960 la Food and Drug Administration amplió esta definición diciendo que además de ser un producto orientado a la salud del paciente que sirve para diagnosticar, prevenir, curar o aliviar una enfermedad es también un producto capaz de modificar una función fisiológica.

Algunos autores entre ellos Melgar Riol, consideran que de acuerdo con esta definición, los cambios funcionales o fisiológicos considerados como efectos tóxicos hasta entonces de los medicamentos, podrían ser buscados en sí mismo aún cuando produzcan efectos irreversibles que habrían sido motivos de rechazo en ensayos de medicamentos, por ejemplo los fármacos abortivos por causar un efecto directamente letal [Melgar, 1993].

Los anticonceptivos orales, constituyen uno de los grupos de fármacos cuyo consumo se ha potenciado últimamente mucho por razones de control de natalidad y de carácter económico.

Son fármacos, que junto con otros, su consumo conlleva una serie de beneficios y riesgos. En estos casos las pacientes tienen derecho a conocer:

- Los efectos beneficiosos.
- Los efectos secundarios contrarios de alguno anticonceptivos orales.
- Efectos abortivos de ciertos anticonceptivos orales.
- Efectos esterilizantes a largo plazo de algunos anticonceptivos orales.

Efectos beneficiosos.

Desde los primeros anticonceptivos orales (AO) introducidos en el mercado hace aproximadamente 30 años, los efectos adversos de la llamada "píldora" han sido objeto de informes exhaustivos pero en gran medida se ha hecho caso omiso de sus beneficios. Las razones han sido médicas y también extramédicas (políticas, religiosas, etc.).

La mayoría de los beneficios de los AO son resultados de la inhibición de la ovulación, lo cual significa que los beneficios que brindan no son dosis-dependientes. Estos beneficios se pueden clasificar en:

-Beneficios ligados a la acción anticonceptiva.

La ventaja más importante de los AO es la prevención eficaz del embarazo. De este modo, la "píldora" aporta un

beneficio significativo en cuanto permite ejercer una planificación familiar segura, evitando las complicaciones del embarazo.

-Beneficios independientes de la acción anticonceptiva.

a) Disminución de la pérdida de sangre menstrual. La estabilización del medio endometrial reduce la incidencia de *menorragia* y de la *anemia ferropénica* subsiguiente.

b) Disminución de la frecuencia de la enfermedad inflamatoria pélvica en un 50%. Esta protección puede explicarse por la mayor viscosidad del moco cervical debido al uso de los AO combinados.

c) Disminución de la intensidad de la dismenorrea esencial en un 40%.

d) Enfermedades benignas de la mama. El uso de AO está asociado a una reducción de la incidencia de quistes fibróticos de las mamas. No obstante, las alteraciones benignas de la mama de naturaleza fibrótica han de ser diferenciadas del cáncer de mama.

e) Quistes funcionales del ovario. La reducción de este tipo de alteración por el uso de AO combinados evita 28 operaciones de cada 10⁵ usuarias anualmente. Igualmente el riesgo de fibromas uterinos se reduce un 17% por cada 5 años de uso de AO.

f) Cáncer de endometrio y de ovario. El componente gestagénico que se encuentra en los AO previene la proliferación continua del tejido ovárico y endometrial que tiene lugar durante el ciclo menstrual, reduciendo así de forma efectiva la incidencia de hiperplasia endometrial y el riesgo de ambos tipos de malignidad.

Efectos adversos.

Con respecto a los efectos contrarios secundarios, hay que decir que el derecho de cada persona a la buena salud plantea la obligación a los investigadores, promotores y proveedores de anticonceptivos de informar sobre posibles efectos perjudiciales secundarios tanto de orden físico como psíquico.

Estos efectos son dosis dependientes en cierto grado y van a depender de la persona y de la composición del preparado.

Entre estos efectos están:

-Complicaciones cardiovasculares. El riesgo tromboembolismo se incrementa de 3 a 6 veces con el uso de AO. También aumenta la frecuencia de alteraciones cardíacas, vasculares con flebitis o venas varicosas y alteraciones en el proceso de coagulación.

El riesgo de infarto de miocardio está relacionado con el tabaquismo y la edad, los AO están contraindicados en fumadoras de más de 35 años de edad.

-Tumores. Los AO aumentan el riesgo de adenoma y carcinoma hepatocelulares. También existe una mayor incidencia de cáncer de cuello de útero y cervix, aunque en este punto existe controversia. Algunos autores piensan que los AO no parecen aumentar el riesgo de carcinoma de cuello de útero sino que este aparente aumento refleja la mayor vigilancia periódica a que están sometidas estas mujeres.

Existen publicaciones que muestran una elevación de la incidencia de cáncer de mama en mujeres que habían tomado AO durante varios años antes del primer embarazo. Sin embargo también existen otras publicaciones que no coinciden con el hallazgo anterior.

Otros efectos secundarios descritos por los ginecólogos son las alteraciones psíquicas. Los AO llegan a crear dependencia, síntoma de depresión, frigidez y alteraciones en la conducta dando lugar a un psiquismo egocéntrico.

Efectos esterilizantes.

Respecto a los efectos esterilizantes a largo plazo de algunos anticonceptivos orales, tanto la OMS como entidades internacionales de sanidad recomiendan realizar pausas de al menos un mes cada tres meses de administración, por el peligro de atrofia ovárica y de esterilidad permanente. Se suele decir que un año de anticonceptivos orales supone un envejecimiento de 10 años del ovario [Pedrosa, 1992].

Efectos abortivos de ciertos anticonceptivos orales.

El efecto abortivo de algunos AO plantea una cuestión ética. Ciertas "píldoras" empleadas por la mujer, probablemente pueden ocasionar de hecho un aborto a corto término.

Esto parece ser debido a que los más tolerables desde el punto de vista de los efectos secundarios son los menos

eficaces a la hora de impedir la fecundación y en último extremo impiden la anidación del embrión, teniendo así un efecto antiimplantatorio abortivo.

Ejemplos de anticonceptivos orales que pueden provocar abortos son:

a) RU-486. También conocida como Mifepristona - antagonista a nivel de los receptores de la progesterona-.

b) La llamada "vacuna anticonceptiva" -péptido con propiedades inmunológicas contra la hormona humana gonadotropina coriónica (hCG) que juega un papel importante en la afirmación y mantenimiento del embarazo temprano-. El organismo reacciona generando anticuerpos que impiden la producción de la hormona natural y por tanto la implantación del embrión en el útero. Es un abortivo precoz ya que no impide la fecundación sino el desarrollo del embrión [Melgar, 1993].

7.2. PROBLEMÁTICA ÉTICA DE LA DISPENSACIÓN DE SUSTANCIAS ABORTIVAS.

Teniendo en cuenta todas las complicaciones que pueden conllevar el uso de AD, el farmacéutico debe dar la mayor información posible a las pacientes sobre el uso de este grupo de medicamentos (Tit.V, art.46. [Real Academia de Farmacia, 1991]). En la mayoría de los casos éstas desconocen las implicaciones o simplemente ignoran los efectos tanto primarios como secundarios de dichos fármacos.

Las mujeres tienen derecho a saber si el uso de dichos medicamentos les provocan abortos, porque muchas de ellas

pueden oponerse a tomar parte en un aborto. Además teniendo en cuenta los efectos de la repetición de abortos en el sistemas reproductor de la mujer, se plantea también la cuestión moral de su derecho a la fertilidad en el futuro y de su salud física y psicológica.

Científicamente se entiende por aborto la expulsión del embrión o feto cuando aún no es viable, es decir, cuando todavía no puede sobrevivir fuera del seno materno.

La mayoría de los científicos están de acuerdo en afirmar el carácter humano del embrión concebido. Desde el momento de la concepción, el nuevo ser tiene un código genético original distinto al de sus padres, de manera que: "Desde el momento de la fecundación del óvulo queda inaugurada una vida que no es del padre ni de la madre, sino de un nuevo ser humano que se desarrolla por sí mismo...Ella (la ciencia genética) ha demostrado que desde el primer instante queda fijado el programa de lo que será este ser viviente: un hombre individual con sus notas características y bien determinadas. Con la fecundación ha comenzado la aventura de una vida humana, cada una de cuyas grandes capacidades exige un largo tiempo para ponerse a punto y estar en condiciones de actuar" (Declaración sobre el aborto de la Sagrada Congregación para la doctrina de la fé).

También la Comisión jurídica del Parlamento europeo sobre los problemas éticos y jurídicos de la genética humana, a la pregunta: "¿Cuándo comienza la vida humana?", respondió explícitamente en el año 1986: "Esta cuestión primordial para los parlamentarios durante toda la audición, ha pasado a ser

secundaria. Sabemos ahora que el ser humano comienza a partir del óvulo fecundado".

Así mismo, el Consejo de Europa, en la Asamblea Parlamentaria de 1979 aprobaba una carta de los derechos del niño y en ella estipulaba que "los derechos de cada niño a la vida, desde el momento de su concepción, deberían ser reconocidos, y los gobiernos nacionales deberían aceptar la obligación de hacer todo lo posible para permitir la aplicación integral de este derecho".

De esta forma, la ciencia actual admite que el ser humano recién concebido es el mismo, y no otro, que el que progresivamente se va a convertir en bebé, en niño, en joven, en adulto y en anciano.

El reconocimiento de la dignidad de todo ser exige el respeto, la defensa y la promoción de los derechos de la persona humana. En la sociedad ha ido desarrollándose una sensibilidad por los derechos humanos, sin embargo, el reconocimiento de todos los derechos resulta falso si no se defiende con la misma determinación el derecho a la vida. Es el derecho primario y frontal.

Pero el titular de este derecho es el ser humano desde el momento de la concepción hasta la muerte, sea cual sea la situación o fase de desarrollo en que se encuentre.

Hablamos de embrión como "ser humano" porque adosarle el título de "persona" levanta grandes polémicas [Albuquerque, 1992]. Existen dos tesis con respecto a esto; una de ellas mantiene que la persona surge desde el momento mismo de la

concepción, armada íntegramente de sus derechos, pero afirmar la presencia de la persona en ese origen, implica que se estima en poco al hombre enteramente constituido y hace incluso refluir sobre el germen el desprecio en que se tiene su futuro crecimiento, al negar así que éste pueda añadir nada a su dignidad.

Si la evolución hacia la complejidad, los niveles sucesivos de organización, la efectividad, la cultura, los papeles desempeñados en el seno de una comunidad, la capacidad de ser el sujeto de derechos y deberes que han celebrado tantos filósofos no representan nada más que lo que cuatro células iniciales con las que ninguna relación es posible, el hombre puede hallarse gravemente expuesto a un certificado de nulidad; al menos esos argumentos inclinan muy poco a su respeto.

Más vale, pues, esperar para hablar de persona a un estadio más tardío y más adecuado a estas exigencias, es decir, a un nivel de organización superior y una complejidad totalmente ausente de las células primitivas. La dignidad personal se cifra aquí en las conquistas graduales que orientan a este ser hacia el hombre, pero los problemas subsisten: ¿qué se dice del embrión joven? ¿se va a dar carta blanca a quienes harán de él, en razón de su debilidad, un objeto de comercio o un sujeto de experimentación?, para valorizar una etapa importante, ¿no se desguarnece una etapa anterior?, ¿cuándo merece entonces el embrión el título que se le niega todavía?.

Sobre este particular las opiniones divergen todavía, dada la multiplicidad de las opciones presentadas. Algunos

autores mantienen que la persona comienza a partir del séptimo día, cuando las células ya no son capaces de dar dos individuos en vez de uno. También hay quienes lo fijan al final de la totipotencia, o cuando el embrión se fija a la pared uterina.

Una cuarta opinión prefiere esperar la formación de la cresta neural mientras que otra sostiene que lo decisivo es la formación del cerebro, pero este órgano no sólo es, durante mucho tiempo, aún impropio para desempeñar las funciones que le hacen tan noble, sino que hasta el quincuagésimo día se observa un silencio eléctrico total que, por otra parte, define la muerte cerebral.

Otras opiniones graduadas continúan fijando el umbral en los primeros latidos del corazón, los primeros movimientos perceptibles del feto, la viabilidad fuera del seno materno, el nacimiento e incluso a los dos o tres años después del nacimiento cuando el niño ya habla.

Personalización inmediata o diferida, las dos tesis son arbitrarias por separados, pero juntas expresan una verdad. De la segunda hay que retener la idea de que el embrión está orgánicamente finalizado hacia el estado en que aparece como ser de relación, es decir, una persona, pero hay que rechazar que, entre todas esas etapas, pueda encontrarse una solución de continuidad que decida bruscamente respecto a una dignidad. De la primera debemos mantener el respeto de esas modestas células tan prometedoras de humanidad, y por eso mismo tan humanas.

Pero ornarles de nombres anacrónicos (hombre, persona o sujeto) les rinde un tributo fuera de lugar, como sino bastara a su dignidad con decir que está ahí un ser humano, expresión irrecusable en todas las fases de su desarrollo.

La vida humana constituye siempre un valor en sí y este valor debe ser respetado en cualquier circunstancia, sin embargo, cuando en el diagnóstico prenatal se detecta una tara grave ¿existe obligación para la madre de guardar un hijo que nacerá muerto o moribundo? ¿por qué traer al mundo criaturas cuya vida sólo será un tormento?.

En aquellos casos donde las taras son tan graves que no permiten esperar ninguna vida de relación, de forma que el niño será incapaz de atender a sus necesidades, no andará, no hablará, no sonreirá, no reconocerá a nadie no tendrá nada de humano salvo su cuerpo, si sus padres reclaman la detención inmediata de la gestación ¿hace su resolución otra cosa que trocar una muerte por otra muerte o por una manera de estar vivo que ofende trágicamente a la dignidad humana? [Quéré, 1991]. Es un debate en el que se opone el carácter sagrado de la vida a la noción de calidad.

A este respecto, la legislación actual sobre el aborto en España contempla tres supuesto:

- aborto terapéutico, para evitar un grave peligro para la vida física o psíquica de la embarazada.

- aborto ético, cuando el embarazo es el resultado de un delito de violación. En estos casos se recomienda "la píldora del día después" con un alto porcentaje de progestágeno.

- aborto eugenésico, cuando se presupone que el bebé puede nacer con graves taras psíquicas o físicas.

Para acogerse al tercer supuesto se debe investigar: primero la posible historia familiar de malformaciones congénitas, y segundo la exposición a factores teratogénicos durante el primer trimestre del embarazo, tales como:

-Fármacos (Talidomida, Metorexato, Antifólicos, Antiepilépticos, Walfarina, Anticonvulsivantes, Antidiabéticos orales).

-Enfermedades infecciosas (Rubeola, Toxoplasmosis, Varicela).

-Irradiaciones fetales (Radiografía fetales principalmente) [Padilla,1993].

Pero dejando a un lado estas situaciones, la practica del aborto, actualmente está estrechamente ligada al actual contexto socio-económico, a la sociedad del bienestar que se orienta por criterios de consumo y de eficacia, y pierde la sensibilidad por los valores morales.

Algunos defensores del aborto mantienen la defensa del derecho a la mujer sobre su cuerpo, pero con este pretexto se tiende a negar el carácter humano del embrión con una dotación genética propia distinta a las de sus progenitores.

El debate sobre el aborto aparece una y otra vez en la vida social. Entre nosotros tuvo una fuerza especial en el momento de la aprobación de su despenalización en tres supuestos concretos y actualmente vuelve con igual intensidad ahora que se pretende ampliar la ley de la despenalización [Alburquerque, 1992], pero no compete aquí tratar la despenalización legal del aborto, no obstante, cuando una ley contrasta con las convicciones y exigencia de la conciencia, la persona tiene derecho a ejercer la objeción de conciencia,

así por ejemplo, el farmacéutico ante la dispensación de sustancias que violan el derecho a la vida puede ejercer su derecho a la objeción de conciencia.

En este sentido iban dirigidas las palabras de Juan Pablo II, en el discurso a la Federación Internacional de Farmacéuticos Católicos (3-X-1990) cuando pidió a los farmacéuticos que no dispensaran fármacos "que no respeten la vida y la dignidad de la persona humana desde la concepción hasta sus últimos instantes; el respeto a la vida no debe condicionarse".

"En la distribución de medicamentos -afirmó el Papa- el farmacéutico no puede renunciar a las exigencias de su conciencia en nombre de las férreas leyes del mercado, ni tampoco de las legislaciones permisivas. La ganancia legítima y necesaria, debe estar siempre subordinada al respeto a la ley moral y -en los católicos- al Magisterio de la Iglesia" [Juan Pablo II, 1990].

También el Código Deontológico de Farmacia (Real Academia de Farmacia, 1991), en el título IV (art. 27), reconoce el derecho a la objeción de conciencia al que podrá acogerse el farmacéutico para no dispensar "cualquier tipo de fármaco o utensilios si tiene indicios racionales de que serán utilizados para atentar contra la salud de alguna persona o la propia vida humana".

En definitiva, la asistencia farmacéutica no se limita a la preparación o dispensación de fármacos sino que es una asistencia de servicio a la salud basada en el respeto a la vida, y donde cada decisión puede ser un conflicto de

intereses; decisiones que deben tener su punto de partida en el respeto a la dignidad de la persona.

En relación con las sustancias abortivas, el farmacéutico debe gozar de una independencia plena en el ejercicio de su profesión de manera que no pueda ser forzado a obrar contra la propia conciencia, ni se le pueda impedir actuar de acuerdo con ella. Y si la conciencia no le permite dispensar sustancias abortivas esta decisión debe ser respetada por todos.

CAPITULO 8.

OBJECCIÓN DE CONCIENCIA.

8.1. EL DERECHO A LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA.

La objeción de conciencia puede entenderse como la resistencia que la conciencia personal opone a una ley general por considerar que las propias convicciones personales impiden cumplirla, es decir, cuando una ley civil contrasta con las convicciones y exigencias de la conciencia personal.

El porqué de la objeción de conciencia por parte de los profesionales farmacéuticos, podríamos resumirlo en dos puntos:

1- Porque el derecho de la objeción de conciencia se basa en la dignidad y libertad de la persona. Es un derecho innato e inalienable. Los ordenamiento y leyes civiles de la sociedad deben, por tanto, reconocerlo, sancionarlo y protegerlo, de manera que la persona no sea vea obligada a actuar contra sus principios éticos o convicciones personales.

2- Porque cae bajo el marco de la **DEONTOLOGIA PROFESIONAL** de la ética profesional farmacéutica expresada a través de su Código.

Además de estos dos puntos, también se le podría imputar a otras dos causas, paradójicamente, extremas:

-Por un lado un vacío o ausencia legal ya que debido a las nuevas ideologías y técnicas aparecen aspectos sobre los que no hay legislación; y

-Por otro, excesos en la legislación que conduce a veces a contemplar leyes injustas a las que una persona puede y debe negarse a obedecer.

Con respecto al primer punto, estamos en una sociedad democrática que sugiere la idea de pluralidad, de respeto a la multiplicidad ideológica y como consecuencia inmediata el respeto a las minorías.

Cuando una mayoría propugna una ley civil que otros ciudadanos consideran injusta, surge la posibilidad y el derecho a la objeción de conciencia como recurso legal tiene sentido sólo cuando se admite que una ley puede no ser justa, por ejemplo cuando atenta contra un Derecho Fundamental (la vida y la integridad física).

La objeción de conciencia forma parte del contenido del derecho fundamental a la libertad ideológica y religiosa reconocido en el Art. 16.1 de la Constitución Española: "Se garantiza la libertad ideológica, religiosa y de culto de los individuos y las comunidades sin más limitación, en sus manifestaciones, que la necesaria para el mantenimiento del orden público protegido por la ley".

En ausencia de norma que concretamente lo desarrolle, debe ser directamente aplicable e interpretada de conformidad con los tratados internacionales en materia de Derechos Humanos en los que España es parte.

Concretamente el Art. 9 del Convenio de Roma recoge el Derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión y a sus manifestaciones, es decir, que hace referencia expresa no solo al plano teórico, sino que incluye la práctica.

" Los derechos fundamentales del hombre residen en el mismo hombre y no pueden ser establecidos por vía de referéndum o de mayoría política". (Declaración oficial de los obispos católicos de los países nórdicos).

Una mayoría puede imponer una ley, pero no resuelve la cuestión acerca de la objetiva justicia o injusticia de dicha ley. Hace algunos años, en USA, determinados Estados votaron una ley por la que se establecía que los negros no eran personas civiles. La ley política podía quitarles todos los derechos civiles, negarles toda protección social, pero a nadie se le ocurre pensar que los negros dejaran, ni por un momento, de ser personas humanas. No podemos considerar, por tanto, válido el criterio de que una votación mayoritaria haga justa una ley [Melgar, 1993].

Admitida la existencia de la objeción, el objetor no ha de ser víctima de penalización alguna ya que de lo contrario, la protección legal de la objeción de conciencia sería ficticia porque no garantizaría el principio de no discriminación del objetor. Sin embargo existe en la práctica un gran peligro: la violación del derecho a la objeción de conciencia por medios sutiles, como represalias de tipo socio-profesional-económico.

Siguiendo los criterios del Tribunal Constitucional (2-III-1985) antes despidos que afectaban a la libertad de expresión ideológica, cualquier despido por este motivo habría que calificarlo al menos de improcedente o incluso nulo, sin embargo , en la práctica y de forma abusiva puede discriminarse a quienes se declaran objetor ante determinadas prácticas mediante la negación a su contratación. La supuesta inviolabilidad de los derechos humanos puede ser así vulnerada impunemente. De hecho pueden que se hayan dado despidos, traslados, cambios de jefaturas, etc., relacionados con la "objeción de conciencia".

8.2. OBJECIÓN DE CONCIENCIA EN FARMACIA.

En relación al segundo punto: la deontología profesional, hay que hacer constar que en el ejercicio de la profesión farmacéutica, y desde el punto de vista deontológico se pueden destacar tres factores básicos:

- la independencia del acto profesional,
- la responsabilidad, y
- el secreto profesional.

La independencia está en la base de la profesión farmacéutica. Figura entre las causas que motivaron la separación entre medicina y farmacia, y como consecuencia la separación del acto de prescripción del de la dispensación; confiándole al farmacéutico funciones de control del acto de la prescripción. Es el experto del medicamento.

La independencia total del acto profesional conlleva, necesariamente la responsabilidad también total y

personalizada del profesional que ejerce el acto. Dicho binomio es un valor irrenunciable y más en un mundo en el que las responsabilidades tienden a diluirse y se hacen inaprehesibles.

No es sólo la persona que hace lo que debe hacer es en quien el usuario confía plenamente; es, además, el profesional que ayuda a su cliente a recuperar su identidad, su propia responsabilidad, sus medios y sus libertades.

El secreto profesional sigue siendo una de las garantías más seguras que el usuario o paciente espera del profesional. Esta garantía adquiere hoy un mayor valor que en el pasado a causa del carácter impersonal y cada vez más administrativo de los contactos sociales. Como cualquier regla profesional, correctamente establecida el secreto profesional no juega más que en interés del cliente.

El desarrollo de las técnicas dificulta, a veces, el íntegro respeto del secreto profesional. Se observa, sin embargo que, cuando existe la voluntad de mantenerlo, se encuentran las adecuadas soluciones administrativas, en su caso, por intermedio de un secreto compartido entre miembros de profesiones liberales sanitarias con la mismas bases deontológicas de actuación [Melgar, 1993].

La responsabilidad y la independencia del farmacéutico alejan a la profesión de intereses mercantilistas que indudablemente desvirtuarían el sentido humanitario y social de la Farmacia. Su aplicación le capacita a invocar la cláusula de conciencia cuando lo estime conveniente por

causas rectamente justificadas según el Título II (art.14) del Código Deontológico Farmacéutico:

" En su actuación como farmacéutico, sus principios esenciales, su independencia y su responsabilidad personal, las cuales les facultan para poder ejercer su derecho a la objeción de conciencia, siempre que no se ponga en peligro la salud y la vida del paciente" [Real Academia de Farmacia, 1991].

El profesional farmacéutico debe plantearse y responder de sus acciones; según López Guzmán, el profesional deberá desempeñar su labor teniendo en cuenta el objeto, el fin y las circunstancias que acompañan su determinación.

La ética profesional abarca unos principios que tienen su fundamento orientado a la objetividad, mientras que el profesional al realizar su labor se encuentra con problemas y situaciones donde es necesaria su apreciación subjetiva, de ahí la importancia de la formación integral del profesional que no puede limitarse a conocer los principios activos, las especialidades comerciales, sus efectos terapéuticos y adversos, formas farmacéuticas,..., sino que debe ser responsable de sus propias decisiones.

El farmacéutico, como profesional liberal puede plantearse si una ley civil que marca una obligación, es conforme a sus principios éticos, si está dirigida al bien. si implica o no un deber de conciencia y en el caso de que no exista acuerdo es cuando cabe la **objeción de conciencia**.

En el ámbito hospitalario existe la cláusula de conciencia para los médicos y para el personal sanitario ante

la participación en abortos o en prácticas eutanásicas, en este mismo caso se encuentran los farmacéuticos de hospitales, a los que no se les pueden exigir la preparación o elaboración de abortivos u otras sustancias que atenten contra la vida humana pudiendo invocar, de modo similar, se les respete la objeción de conciencia.

Pero el farmacéutico en su oficina de farmacia debe poder manifestar también su objeción de conciencia a la hora de la dispensación de medicamentos, diferenciando en primer lugar, desde el punto de vista científico los que son considerados como verdaderos medicamentos, de acuerdo con la definición y reglamentación actual, normas de dispensación mediante presentación de receta, etc., de los que no tienen nada que ver con la sanidad en sentido estricto, como es el caso de los preservativos [Melgar, 1993]. Sobre esto existen distintas posturas; por una parte existe una fuerte oposición a la negativa de algunas farmacias dispensar preservativos:

"...lo que no tiene ni pies ni cabeza ni, lo que es más grave, legalidad jurídica es que de golpe y porrazo algunos farmacéuticos traten de imponer su ideología moral al población. Se pongan como pongan, los farmacéuticos no pueden negarse a vender preservativos, por ejemplo, porque las farmacias son un servicio público y no todos los ciudadanos comulgan ni tienen por qué comulgar con las convicciones éticas o religiosas de quienes las regentan, entre otras cosas porque se supone que estamos en una sociedad pluralista" [Almudena Guzmán (ABC, 3-Mayo-1991)].

También la coalición Izquierda Unida-Convocatoria por Andalucía (UI-CA) presentó una iniciativa ante el Parlamento Andaluz en la que se interesaba por las posibles medidas que

adoptaría el Gobierno regional ante la negativa de determinadas farmacias a dispensar preservativos. IU-CA recuerda que el preservativo "supone un seguro de garantía sanitaria", que las farmacias "son establecimientos integrados en el dispositivo sanitario público" y que "las propias autoridades sanitarias realizan campañas favorables al uso del preservativo como preciso elemento preventivo de salud".

Sin embargo en unas declaraciones a Europa Press, el entonces Presidente de la Real Academia de Farmacia, el prof. Santos Ruiz (El Correo, 11-11-1990), decía: "Un preservativo no es un servicio sanitario primordial, ya que se venden fuera de las oficinas de farmacia y no hay ninguna obligación de tenerlos. el farmacéutico debe tener libertad de conciencia para no dispensar preservativos. Otra cosa son los contraceptivos hormonales, que el profesional deberá dispensar con receta médica, ya que se pueden utilizar para tratamientos.".

Otra declaración, en este caso del entonces Secretario del Consejo General de Colegios Farmacéuticos (1991), José Vélez, recordó que "ningún farmacéutico puede ser obligado por el Gobierno a vender profilácticos, porque la Constitución recoge el derecho a la objeción de conciencia a la que se pueden acoger los profesionales", añadió que "la venta de preservativos no es exclusiva de las farmacias y que estos productos no se prescriben con receta médica, por lo que no existe obligación taxativa para que el farmacéutico los expenda".

Por otra parte el ex-ministro de sanidad Julián García Vargas, declaraba en Estrasburgo en Febrero de 1991, estar

elaborando una nueva lista de los llamados productos sanitarios en el cual incluiría el preservativo "como es lógico y como todo el mundo comprende, teniendo en cuenta la amenaza del SIDA". Pero frente a esta opinión surge declaraciones de científicos , tanto a nivel nacional como internacional, que ponen en duda la eficacia real del preservativo para paliar la transmisión de enfermedades como el SIDA. ejemplos de estas declaraciones son las siguientes:

-El Ministerio de Sanidad y Consumo de España, en el Boletín Epidemiológico Semanal nº1801 de 11 de Julio de 1989 dice: "El uso adecuado de los preservativos puede reducir, pero no eliminar, el riesgo de enfermedades de transmisión sexual..., la eficacia real es difícil de valorar.

-En un estudio realizado por la Food and Drug Administration en 1987, la conclusión fue: "El uso del preservativo no se relaciona de forma significativa con la protección contra el contagio del SIDA".

-El doctor Jeroma Lejenne -genetista y miembro de la Academia de Medicina en Francia- en un artículo del Boletín de la Organización "Human Life International"(XI-XII/89) decía: "Si el preservativo no es una barrera infranqueable para los espermatozoides, menos aún es para el virus del SIDA que es 500 veces más pequeños que el espermatozoides".

Con estas declaraciones, además de otras, se pone de manifiesto que no existe unanimidad entre los expertos con respecto a la fiabilidad del preservativo en la protección contra el VIH, por lo tanto no puede ser considerado como elemento servicio sanitario primordial, es por ello que el

farmacéutico debe tener libertad de conciencia para no expenderlo en el caso de que vaya en contra de sus principios éticos o convicciones religiosas.

En cuanto a los preparados que se consideran como fármacos, si el farmacéutico opina en conciencia que no son beneficiosos cuando no hay necesidad terapéutica porque actúan contra la naturaleza humana, contra la salud no tiene porqué dispensarlos cuando se solicite para fines no terapéuticos. En estos casos se debe ser consciente de la necesidad de la receta médica para su dispensación (psicotropos, barbitúricos, anticonceptivos orales, etc...) que justifique médicamente su necesidad dado los efectos secundarios, contraindicaciones, etc. que presentan. Reclamar la receta no solo es un deber moral sino, al menos en España, una obligación profesional.

Exigir la receta es poner un medio al alcance del farmacéutico para evitar la cooperación al mal.

En definitiva y en palabras de Melgar Riol "si se quiere mantener ante la opinión pública la imagen del farmacéutico como profesional y dar muestra de seriedad en este servicio público, lo mejor es conceder libertad de criterio al farmacéutico e independencia profesional, evitándose cualquier imposición en su tarea hecha por la Administración; en este sentido, la cláusula u objeción de conciencia puede ser una buena forma de resolver los conflictos éticos que se den en una sociedad pluralista." [Melgar, 1993]. Aunque hay que dejar claro que el que la invoque no significa que la imponga a los demás.

CAPITULO 9

FARMACOECONOMÍA Y ETICA.

9.1. CONCEPTOS CLAVES EN FARMACOECONOMÍA.

El gasto sanitario constituye en nuestro país una buena parte del gasto nacional bruto. Aproximadamente un 20% del gasto sanitario nacional viene ocasionado por medicamentos y productos de farmacia.

Debido al aumento que ha experimentado este tipo de gasto en los últimos años, la Administración Pública está haciendo grandes esfuerzo para reducirlo; y una de las formas más eficaces de hacerlo es conociendo y estudiando a fondo la relación beneficio/coste en productos farmacéuticos [Santos, 1995].

A raíz de esto nace la Farmacoeconomía, que es una forma de evaluación económica y análisis del coste de la terapéutica farmacológica para la sociedad en general y los sistemas sanitarios en particular.

La Farmacoeconomía puede pues, ser útil en decidir como deben emplearse unos recursos limitados, o dicho de otro modo, que opciones son preferentes. Sin datos objetivos como los que

ofrece el análisis farmacoeconómico, la toma de decisiones sería enteramente subjetiva.

La evaluación farmacoeconómica puede ser usada para estudiar una eventual incorporación de un medicamento en el formulario de un hospital, decidir que sistema de distribución de medicamento es el adecuado para un hospital en concreto, comparar diversos servicios farmacéuticos decidir una terapia concreta para una enfermedad determinada, etc.[Sacristán, 1995].

Básicamente la Farmacoeconomía se puede enfocar hacia dos grandes áreas de la farmacia-clínica:

- bien hacia la terapéutica, como por ejemplo ayudando a seleccionar un medicamento entre varias alternativas posibles.

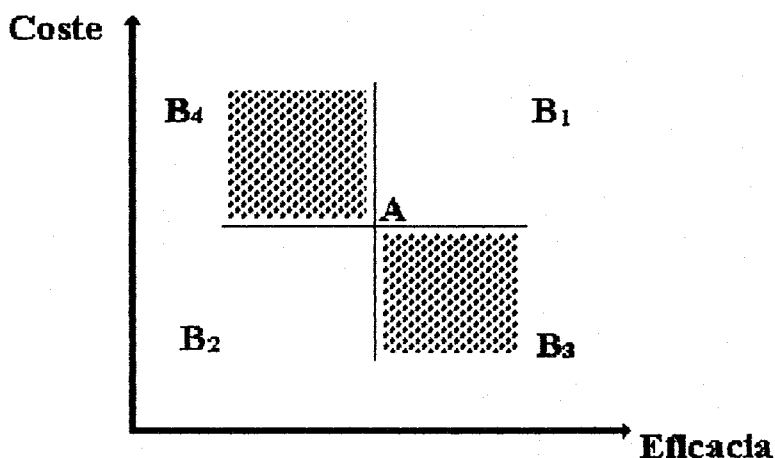
- bien hacia los servicios de Farmacia-clínica, ayudando a justificar la necesidad de un medicamento, (entre otras funciones) o bien determinando el valor de un medicamento. La valoración del efecto de un medicamento se puede hacer desde distintos puntos de vista.

Se puede hacer desde el punto de vista de la **eficacia del medicamento**, o desde el punto de vista de la **eficiencia de ese medicamento**.

La eficiencia se define como la capacidad de curar de un medicamento en función de los recursos consumidos ; de forma que un medicamento es más eficiente si a igualdad de recursos consumidos consigue más objetivos, o bien si consigue los mismos objetivos pero con un menor consumo de recursos.

Este tipo de estudio se hace siempre de forma comparativa, es decir, comparando medicamentos entre sí y en la práctica clínica habitual, mientras que la determinación de la eficacia y efectividad de un medicamento no tiene porque hacerse de forma comparativa entre medicamentos.

Gráficamente la determinación de la eficiencia de un medicamento se puede representar de la siguiente forma:



Los medicamentos que se sitúan en las zonas sombreadas no constituyen ningún problema, en el sentido siguiente: el medicamento B₃ es más eficaz y de menos coste que el A, luego es preferible el B₃ frente al A.

Por otra parte el B₄ es menos eficaz y de mayor coste que el A, por lo tanto es preferible el A frente al B₄.

Con medicamentos del tipo B₃ y B₄ no se plantean problemas a la hora de su elección frente a otros medicamentos del tipo A. Sin embargo, con medicamentos que se sitúan en las zonas no sombreadas del gráfico, su elección si

resulta más problemática, ya que por una parte el medicamento B₁ es más caro que el medicamento A, pero también es mucho más eficaz y por otra parte el medicamento B₂ es menos eficaz que el A, pero no hay que olvidar que también es mucho más barato que A.

En estas situaciones, por tanto, hay que plantearse si es preferible un menor coste aún a sabiendas de que la eficacia también será menor [Santos, 1995].

9.1.1. Tipos de evaluaciones farmacoeconómicas.

Dentro de la farmacoeconomía existen distintos tipos de análisis en función del proyecto en estudio y la información necesaria. Una evaluación en la cual se examina sólo las consecuencias de una o más alternativas constituye una evaluación parcial denominada evaluación de la efectividad.

También es parcial aquella evaluación en la que sólo se consideren los costes de una o más alternativas (análisis de coste). La realización de una evaluación económica completa implica el análisis tanto de los costes (*input*) como las consecuencias (*output* o más frecuentemente *outcome*) de las distintas alternativas que se pretende comparar. De esta forma, se han definido diversos tipos de estudios farmacoeconómicos:

- 1- análisis de minimización de coste
- 2- análisis de coste-beneficio
- 3- análisis de coste-efectividad
- 4- análisis de coste-utilidad.

Todos ellos valoran los costes en términos monetarios (pesetas, ECUs o dólares más frecuentemente) y se diferencian en la forma de valorar las consecuencias.

Frecuentemente existe una cierta confusión en la denominación de las distintas evaluaciones económicas; algunos autores han llegado a afirmar incluso que la comunicación mejoraría si el término "coste-efectividad" se usara con menos frecuencia y mayor precisión.

9.1.2. Pasos de una evaluación farmacoeconómica.

Podemos establecer una guía general esquemática a seguir para la realización de un estudio farmacoeconómico teniendo en cuenta que existen ciertas diferencias en cada paso en función de la metodología usada.

1- Establecer desde que perspectiva se van a evaluar costes y consecuencias: sociedad, pacientes específicos, compañías aseguradoras, Sistema Nacional de Salud.

2- Establecer las distintas alternativas a comparar.

3- Para cada alternativa, especificar sus consecuencias y las probabilidades de que ocurran. Establecer los costes y recursos (sanitarios y no sanitarios) consumidos por cada alternativa, asignándoles su valor en dinero.

4- Especificar las unidades de medida de las consecuencias dinero, beneficio sanitario,...

5- Analizar los datos.

6- Realizar un análisis de sensibilidad.

Las conclusiones que se extraen de las evaluaciones económicas de los medicamentos, no siempre pueden ser sacadas por los investigadores que han realizado el estudio.

La razón fundamental para hacer evaluaciones económicas es la limitación de recursos, si los recursos disponibles no fuesen limitados se elegiría la opción más eficiente, independientemente de su coste.

Pero decidir si la relación coste-efectividad de un fármaco es *mejor* que la de otro no es algo que puede decidirse solamente basándose en los resultados del estudio. Solamente en aquellos casos extremos (cuando el coste por unidad de efectividad adicional no fuese demasiado elevado, o cuando, por el contrario fuese exagerado) podrían extraerse claramente unas conclusiones.

Por lo tanto los resultados de una evaluación farmacoeconómica debe servir de ayuda para la toma de decisiones, pero nunca condiciona esta última a los resultados obtenidos porque además de estos también es necesario considerar otros factores de tipo social, ético y político [Sacristán, 1995].

9.2. INFLUENCIAS DE LOS ASPECTOS ÉTICOS EN LAS DECISIONES FARMACOECONÓMICAS.

En relación con los factores de tipo ético, la tradición hipocrática ha sido una de las causas por la cual los sanitarios no consideran ético que los aspectos económico condicionen la toma de decisiones clínicas. El principio bioético de *beneficencia*, basado en dicha tradición, obliga al sanitario a hacer todo aquello que sea mejor para su paciente. No resulta extraño que esa obligación se interprete a menudo como "hacer lo mejor, cueste lo que cueste". Quizás sea necesario analizar el concepto real de coste. Una interpretación bastante exacta, según algunos autores, es "aquello que hay que sacrificar como consecuencia de tomar una decisión". Si se decide seleccionar siempre la opción más eficaz, se puede estar privando a otros pacientes de esos recursos y lo que es peor, se estará disminuyendo los beneficios que esos mismos recursos, utilizados de manera eficiente, podrían haber producido en la comunidad.

Esa actitud iría en contra de otro de los principios básicos de la bioética, el de *justicia*. En este contexto, este principio debe ser entendido como la distribución justa de unos recursos escasos. No vamos a discutir que se entiende por distribución justa de unos recursos escasos. No vamos a discutir que entiende por distribución justa; lo que si parece claro es que hay que distribuir los recursos existentes de acuerdo a algún criterio.

Por lo tanto, el conflicto ético se produce por el choque de dos principios básicos: el de *beneficencia*, que representa

los intereses individuales, y el de *justicia*. En este contexto, este principio debe ser entendido como la distribución justa de unos recursos escasos. No vamos a discutir que se entiende por distribución justa; lo que si parece claro es que hay que distribuir los recursos existentes de acuerdo a algún criterio [Sacristán, 1995].

Por lo tanto, el conflicto ético se produce por el choque de dos principios básicos: el de *beneficencia*, que representa los intereses individuales, y el de *justicia*, que representa los de la colectividad. Entonces ¿cual de los dos principios debería prevalecer?. Si, tal como proponen algunos autores, como Diego Gracia, aceptamos que el principio de justicia se encuentra, junto con el de no maleficencia, en un nivel superior a los principios de beneficencia y autonomía [Gracia, 1993], habría que optar por emplear los recursos existentes de forma que produjesen el máximo beneficio a la sociedad aceptando como "mal menor" la necesidad de privar a sujetos concretos de determinadas opciones menos eficientes.

Si llevamos las cosas al extremo y pensamos en un país en vías de desarrollo, todo se entiende mejor, ¿acaso no sería preferible gastar un determinado presupuesto en sueros salinos para las personas que podrían morir deshidratados que gastar esa misma cantidad en realizar trasplantes hepáticos hasta que se agoten los recursos?. Podrá argumentarse que ese no es el caso de España y que nosotros podemos permitirnos ambas cosas. Probablemente si, pero seguro que no es posible utilizar todas las tecnologías existentes con todos aquellos pacientes que las necesitan. Resulta difícil aceptar que los recursos destinados al cuidado de la salud son limitados o, al menos, que dicho límite no puede ampliarse. Este hecho es, en parte,

el responsable de que los sanitarios no consideren los aspectos económicos en su toma de decisiones. Habría que tratar de eliminar todo el despilfarro, y quizás así se liberarían suficientes recursos para poder financiar todo los tratamientos efectivos; solo después de estar seguros de que se han eliminado el despilfarro y que los recursos sanitarios realmente limitados, la evaluación económica de tecnologías y programas sanitarios adquirirá todo su sentido.

Por lo tanto, según el razonamiento anterior, la evaluación económica de tecnología sanitaria, puede servir de ayuda para distribuir los recursos sanitarios de una forma más justa, es decir, puede ayudarnos a seleccionar las opciones más eficientes. Pero hay que tener cuidado; según esto, lo ideal sería elaborar una lista ordenando de mayor a menor la eficiencia de todas las opciones existentes, y financiarlas en orden decreciente hasta que se agotasen los recursos. Con toda seguridad, sería necesario sacrificar algunas intervenciones más eficaces pero que, debido a su alto coste, tuvieran una eficiencia menor que la de otras.

Aunque correcto en teoría, seguir este planteamiento de forma rígida haría caer en un excesivo utilitarismo. Es muy difícil que tales listas, que ya han sido elaboradas en algunos países, pueden, por si solas, responder a cada caso particular: una misma enfermedad tiene distinto pronostico en función de su gravedad y de las características o de los factores de riesgo de cada uno de los pacientes que la sufren. Por otro lado, la metodología utilizada para elaborar tales listas presenta aspectos controvertidos pendientes de solución, por lo que hay que ser cautos a la hora de interpretarlas.

La solución, probablemente, pasa por tratar de conciliar las posturas de los gestores, más interesados en el bien colectivo, con la de los clínicos, más interesados en el bien de cada uno de sus pacientes. La responsabilidad de los gestores es determinar cuáles son las opciones más eficientes y servirse de esta información para orientar su toma de decisión. La responsabilidad de profesionales sanitarios es comenzar a considerar los aspectos económicos de su toma de decisiones clínicas. Lógicamente, cuanto mayor sea el esfuerzo de las autoridades (M. de Sanidad, hospitales, etc.) para determinar que medicamentos son los más eficientes, menos tendrán que preocuparse los clínicos de tener en cuenta los aspectos económicos. En este sentido, la elaboración de directrices sobre la eficiencia de las diferentes tecnologías debe servir para que el farmacéutico reflexione y tome conciencia de las consecuencias económicas de sus decisiones y para que actúe con una "libertad responsable", sin perder su capacidad de decisión. Los problemas éticos deberían desaparecer pensando que es posible compatibilizar los principios éticos de beneficencia y de justicia distributiva: tratar a cada paciente con los máximos recursos posibles que la sociedad pueda gastar en él [Sacristán, 1995].

CAPITULO 10.

¿HACIA QUE FUTURO?.

10.1. PROYECCIÓN DE FUTURO EN FARMACIA.

Después de las primeras aplicaciones de los primeros antibióticos, corticoides, psicoactivos, etc., el bagaje terapéutico se ha renovado completamente y muchos de los tratamientos clásicos han quedado renegados al olvido.

Las esperanzas de vida de los pacientes aumentan cada año y enfermedades consideradas como incurables hasta hoy, ya no son así mismo muchos pacientes crónicos recuperan su vida normal.

En la actualidad, los medicamentos constituyen un auténtico fenómeno social; la farmacología se ha convertido en una necesidad del hombre moderno con un coste social cada vez más elevado [Dréano, 1987] y se espera que en un futuro próximo el número de fármacos que se dispensen sin receta sea cada vez mayor. La dispensación sin receta deberá basarse siempre en los conocimientos científicos fundados de semiología, fisiopatología y farmacología. Será entonces cuando los farmacéuticos tendrá más autoridad para prescribir pero este aumento de autoridad tiene un precio. La

dispensación de medicamentos por el farmacéutico compromete su responsabilidad.

Las demandas por negligencias y los costes de los seguros aumentaran, por lo que será necesario una mayor formación del farmacéutico para poder prescribir.

A medida que aumenta el nivel cultural y social de la comunidad, la automedicación tenderá a ser mayor y en este sentido el papel sanitario del farmacéutico adquirirá nuevas dimensiones. Es evidente que una automedicación "respaldada" por un farmacéutico de mayor seguridad y confianza al paciente, por ello, el farmacéutico como educador sanitario e informador cualificado deberá participar activamente en la orientación y consejo al paciente desde la perspectiva de la farmacia clínica y el uso racional del medicamento.

Por otra parte, la distribución hospitalaria de fármacos pasará a ser prácticamente automática; el médico pedirá la medicación por ordenador y minutos más tarde un dispensador automático de fármacos situado en la habitación proporcionará la medicación.

Será muy importante a la hora de implantar un tratamiento farmacológico, estudiar o hacer una valoración de la relación coste/eficacia del tratamiento con objeto de reducir el coste del mismo.

Se prevé también un aumento importante en el uso de radiofármacos para los procedimientos diagnósticos y tratamientos, por lo que los servicios de radiología necesitarán más farmacéuticos especialistas en radiofármacos

para controlar la utilización de estos fármacos [O'Donnell,1994].

No obstante a pesar de las apariencias actuales, el farmacéutico será cada vez menos un comerciante y más alguien a quien se le consulta, es decir: una fuente de información y de consulta para los pacientes, especialmente los "desconocidos", en el contexto de la prevención o terapias continuadas, que frecuentemente implican un tratamiento por largos periodos de tiempo en los que no se vuelve a ver al médico.

También los médicos solicitarán su información y consejo en especial para adquirir todos los datos sobre los medicamentos que empleen, sobre todo en lo referente a interacciones entre fármacos.

Las habilidades del farmacéutico deben ser constantemente renovadas a través de una formación continuada y efectiva.

Muchas tradiciones cambiarán estamos solo en los albores del siglo XX. Lo que si parece cierto es que cualquiera que sea el contexto social, el farmacéutico como persona de dialogo, continuará siendo un eslabón necesario y alentador en la cadena que une al médico con su paciente [Dréano,1987].

CONCLUSIONES

A tenor de todo lo expuesto en este trabajo podemos concluir, a modo de visión global:

1- Que el farmacéutico como primer especialista del medicamento, adquiere una serie de responsabilidades en todos aquellos campos de la investigación científica, en los cuales el medicamento se encuentra implicado desde el punto de vista ético.

2- Es necesario que el profesional farmacéutico disponga de unas directrices o pautas a las que ajustarse, ante los nuevos y arduos problemas que surgen como consecuencia de los recientes avances tecnológicos y descubrimientos científicos.

3- El farmacéutico debe gozar de una independencia plena en el ejercicio de su profesión, es decir, se le ha de garantizar el respeto a los imperativos de su conciencia, de forma que si ésta no le permite dispensar o preparar determinadas sustancias o medicamentos, su decisión debe ser respetada por todos.

4- La humanización del ejercicio profesional, en las distintas fases de la investigación farmacológica, es necesaria para que ésta se corresponda con las exigencias de la dignidad humana.

5- La misión del farmacéutico es de servicio a la salud, especialmente en lo que se refiere a la eficacia, seguridad y calidad del medicamento, por ello su actuación debe estar siempre guiada por el respeto a la vida humana.

6- El farmacéutico debe tener siempre presente que los avances que se realicen en las ciencias biomédicas y principalmente en las ciencias farmacológicas, han de estar siempre al servicio de la persona, de sus derechos inalienables y de su bien integral; no se trata de detener el ritmo del progreso sino más bien de que el progreso resulta digno y humanizante.

7- Es importante que el farmacéutico tenga en cuenta en su que hacer diario el principio clásico: *"el fin no justifica los medios"*, es decir, tener presente a la hora de tomar una decisión que una buena intención no siempre es suficiente para justificar un acto.

8- Para completar la formación de los nuevos licenciados en Farmacia, es importante que junto con las materias científico-técnica que recibe, se incluyan también estudios de Bioética, que consideramos sean al menos de Tercer Ciclo.

9- Para el cuidado y cumplimiento de las normas de moralidad y de deontología en la experimentación farmacológica, es de suma importancia la existencia de los Comités de Investigación Clínica, entre cuyos miembros debe existir siempre un farmacéutico, de ahí el interés de una formación ética en la profesión farmacéutica.

10- Y puesto que la tendencia actual, desde hace más de 20 años, es la de una farmacia encaminada hacia el desarrollo pleno de la "farmacia clínica", creemos muy conveniente instruir al profesional farmacéutico en materia de Bioética.

BIBLIOGRAFÍA.

Abel F. Bioética. Un nuevo concepto y una nueva responsabilidad. Labor Hospitalaria 1987;196[IV]

Abel F. Comités de Bioética: Necesidad estructura y funcionamiento. Labor Hospitalaria 1993;229[III]

Alburquerque E. Bioética. Una apuesta por la vida. Editorial CCS, Madrid,1992

Anónimo. Tortura, psiquiatría y progreso científico. Previsión 1993; 66 pág 35.

Arrebola Nade P, Martín Martín C, López Andújar G. Nuevos retos profesionales. La humanización del ejercicio profesional farmacéutico. OFFARM 1994; Ene:68-71

Belon JP. Manuales de Farmacia. Consejos en la Farmacia. Eds. Masson. Barcelona, 1995.

Caballero, O. La medicina de vanguardia pone en jake a la Deontología. Previsión 1993; 66:32-37.

Comisión Central de Deontología Médica. Asamblea General del Consejo General de Colegios Médicos. Labor Hospitalaria 1993; 228(II):89-90

Constitución Española, 1978. BOE 29 de Diciembre de 1978.
Título I: De los derechos y deberes fundamentales. Art.
16.1.

Cuyás M. La eutanasia reflexiones éticas y morales.
Horitzons de Bioética 1993; 3:18-21, 51.

Dreano J. The Pharmacist: Intermediary between the
Physican and the drug user. Dolentiun Hominun 1978 (I)
4:106-113.

Foz Sala M, Erill S, Soler-Argilaga. Efectos colaterales
de los neurolépticos con aplicación en clínica.
Terapéutica en Medicina Interna. Eds. DOYMA. 1978 pág.
910.

Flórez J, Armijo JA, Mediavilla A. Farmacología Humana.
Eds. Universidad de Navarra, S.A. Pamplona. 1987 :49-59,
62-65, 72-73.

Gafo J. La eutanasia. El derecho a una muerte digna. Eds.
Temas de hoy. Madrid. 1989 :53-54.

Gracia Guillén D. Principios y metodología de la
bioética. Labor hospitalaria 1993 ;229 (III) : 175-183

Herrera Carranza J. Ponencia: Utilización de medicamentos
en grupos de riesgo. IX Jornadas Farmacéuticas
Española. La Coruña. Del 22 al 26 de Junio 1993.

Juan Pablo II. Discurso a la Federación de Farmacéuticos
Católicos. Ecclesia 1990; 2502 :23.

Kass Leon R. The new Biology: What Price Relieving Man's Estate?. Science 1991; 174 pág. 779.

Kevorkian J. La buena muerte. Los médicos y la eutanasia. Eds. Grijalbo Barcelona, 1993.

Ley 25/1990, del 20 de Diciembre, del Medicamento. BOE nº306; pág 38228.

Ley 30/1979, del 27 de Octubre, sobre extracciones y trasplantes de órganos. BOE nº 306; pág 25742.

Madrid Arias JL. Clínicas del dolor intolerable. Labor Hospitalaria 1991;222 (IV) : 287-291.

Melgar Riol J. Objeción de conciencia. Cuaderno de Bioética 1993; 14 (II) :37-47.

Melgar Riol J. Código de Deontología Farmacéutica. Cuaderno de Bioética 1993; 14 (II) :5-17.

Monge MA. Etica, Salud y Vida. Eds. M.C. Madrid, 1991

Muñoyerro LA. Código Deontológico Farmacéutico Eds. Fax. Madrid, 1955

Nuño J. Problemas de Bioética. Bioética. Claves de la razón práctica 1994; 40: 58-64, 1994

O'Donnell J. Tratamiento farmacológico: 20 formas de modificar su papel. Journal of Pharmacy Practice. Nursing, 1994. Chicago Illinois.

Organización Mundial de la Salud. Métodos para aliviar el dolor en el cáncer. Labor Hospitalaria 1991; 222 (IV):291-293.

Padilla M&V, Gallo JL. El aborto. Legislación actual. En: Manual del Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Editores: FJ Gallos & colaboradores. Editorial I.M. & C. Madrid,1993.

Palazzani L. La fundamentación personalista en bioética. Cuaderno de Bioética 1993; 14 (II) :48-54.

Parker A. Instrumentos apropiados de asistencia sanitaria. Crónica de la O.M.S. 1977; 31 :48-154.

Pio XII. Discurso del Santo Padre en respuesta a tres preguntas religiosas y morales concernientes a la analgesia (24-II-1957) Ecclesia 1957; 1 :237-243.

Pedrosa Alonso E. Beneficios y riesgos de los anticonceptivos orales. JANO 1992; 993 (vol. XLII): 34.

Porras del Corral M. La dignidad alfa y omega de la libertad. A propósito del genoma. En Sociedad Andaluza de Investigación Bioética (S.A.I.B.) 1994; 0 :50-53.

Quéré F. La ética y la vida Acento Editorial. Madrid, 1994.

Real Academia de Farmacia. Código Deontológico Farmacéutico, 1991.

Rodríguez-Aguilera C. La encuesta de Barcelona puede hacer avanzar el proyecto de Ley sobre la eutanasia. El médico 1989 :50-53.

Sagrada Congregación para la doctrina de la fé. Declaración sobre la Eutanasia. Vida nueva 1980; 1236 :32-34.

Sacristán JA, Badía X, Rovira J. Farmacoeconomía: Evaluación económica de medicamentos. Eds. Médicos S.A. Madrid, 1985.

Santos Ramos B. Conferencia: Estudios farmacoeconómicos en Farmacia Clínica. Curso Monográfico: "Avances y actualidades en Farmacia Clínica". Sevilla del 27 al 31 de marzo de 1995.

Sgreccia E. Ethical Problem in Experimentation on Man. En Dolentium Hominum 1987; 4 (I) :66-75.

Wachter MA. Eutanasia activa en los Países Bajos JAMA 1989; 262 :3316-3319.